Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2002

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Justice Manitoba
Manitoba Justice

104-01939/

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2002

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	2
Caseload Statistics – 2002	4
Types of Deaths Investigated and Certified	6
Homicides	6
Suicides	7
Accidental Deaths	9
Undetermined Deaths	10
Natural Deaths	11
Summary of Deaths of Personal Care Home Residents	12
Summary of Children's Deaths	12
Sudden Infant Death Syndrome	13
Manitoba Deaths – A 10 Year Review	14
Inquests	17
Inquests/Recommendations – 2002	18
Reported Deaths of Children-in-Care	37
Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services – 2002	38

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to effect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crowner" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily or who are residents of a personal care home. The CME also completes legislated reviews of services provided to deceased children and/or their parents or guardians by agencies of Child and Family Services (CFS).

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.15 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 13 permanent staff members: a director, six medical examiner's investigators, a special investigator to review CFS services, a statistician, and four administrative secretaries. A second special investigator was brought in to assist with the required legislated review of CFS services. The fee-for-service element is provided by 32 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system.

Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology analysis is provided by the Biochemistry Section at St. Boniface General Hospital. Testing in criminal cases is done at the RCMP Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2002, 5935 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 60% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the Royal Canadian Mounted Police and local community police assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths and to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry or investigation required under *The Fatality Inquiries Act*, but reviews the actions of CFS agencies that provided services to the child and its parents or guardians. This review takes the form of a confidential report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting their death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown, frequently under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

CASELOAD STATISTICS 2002

Medical Examiner Certified Cases	**1592**
Non-Medical Examiner Cases	**4343**
Total Caseload	**5935**

CASELOAD REVIEW 1988 – 2002

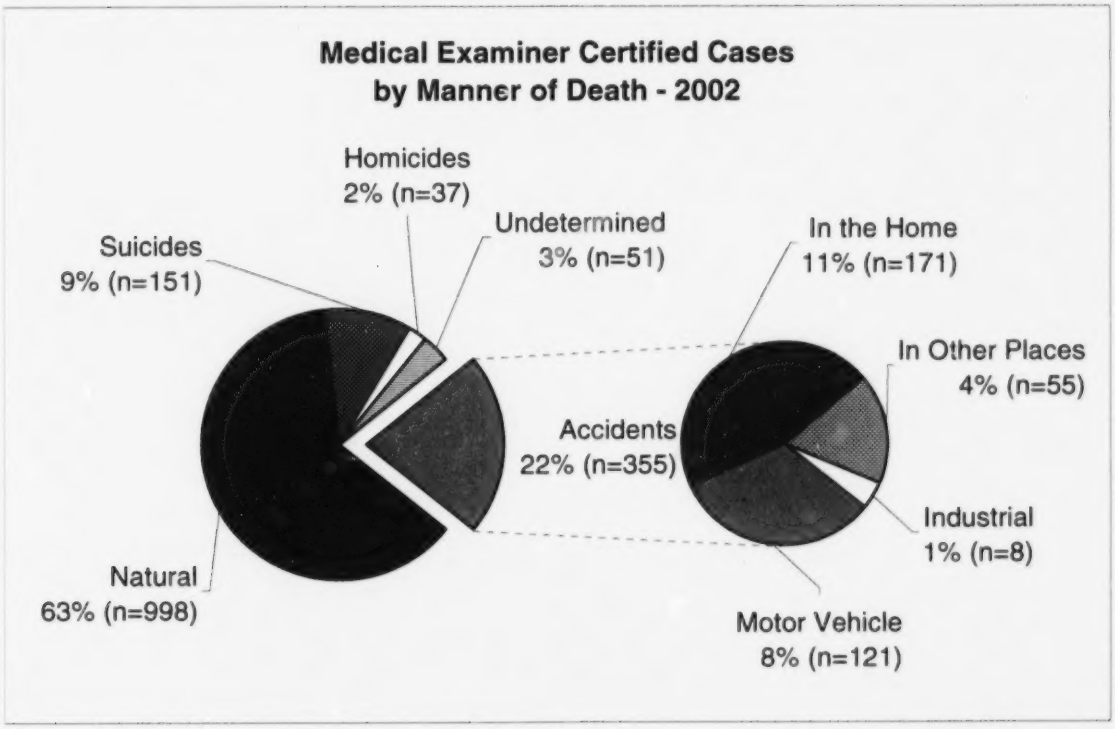
YEAR	TOTAL
1988	2541
1989	2582
1990	2633
1991	2713
1992	2741
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999	5567
2000	5590
2001	5804
2002	5935

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review include all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. Those totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 provide a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

MANNER OF DEATH	URBAN	RURAL	TOTAL
Natural	3814	1527	5341
Accidents in the Home	129	42	171
Motor Vehicle Accidents	41	80	121
Accidents in Other Places	33	22	55
Industrial Accidents	3	5	8
Suicides	79	72	151
Homicides	25	12	37
Undetermined	40	11	51
TOTAL	**4164**	**1771**	**5935**

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".



TYPES OF DEATH
INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	19	6	25
Rural	8	4	12
Total	27	10	37

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

	Age							
Method	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	Total
Firearms	0	0	2	1	0	0	0	3
Blunt Weapon/ Violence	0	0	1	3	3	2	1	10
Stabbing/ Incised Wound	0	3	4	6	2	0	0	15
Battered Child (Shaken Baby)	2	0	0	0	0	0	0	2
Strangulation	1	2	0	1	0	0	0	4
Other	0	1	0	0	0	0	2	3
Total	3	6	7	11	5	2	3	37

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	45	34	79
Rural	61	11	72
Total	**106**	**45**	**151**

SUICIDES BY AGE AND GENDER

	Age								
Gender	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**> 80**	**Total**
Male	15	25	16	18	17	5	5	5	106
Female	7	9	11	8	1	7	2	0	45
Total	**22**	**34**	**27**	**26**	**18**	**12**	**7**	**5**	**151**
Per 100,000	**13.13**	**22.44**	**16.45**	**14.46**	**13.23**	**13.79**	**9.82**	**10.93**	**13.06**

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of June 2002 (Manitoba Population Report; Manitoba Health).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	Percentage of Total
Hanging/Strangulation	55	26	81	53.6%
Drug Overdose	11	13	24	15.9%
Firearms	17	0	17	11.3%
Carbon Monoxide	9	2	11	7.3%
Self Mutilation	5	2	7	4.6%
Drowning	2	1	3	2.0%
Jumping From Heights	3	0	3	2.0%
Other	4	1	5	3.3%
Total	**106**	**45**	**151**	**100.0%**

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	5	7	12
February	7	7	14
March	3	4	7
April	6	3	9
May	9	2	11
June	7	5	12
July	3	8	11
August	16	13	29
September	6	8	14
October	6	5	11
November	7	2	9
December	4	8	12
Total	79	72	151

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	Urban	Rural	Total Deaths
Fishing	0	2	2
Transportation	1	1	2
Manufacturing	1	0	1
Construction	0	1	1
Farming	0	1	1
Other	1	0	1
Total	**3**	**5**	**8**

Accidents In The Home

Falls	79	15	94
Drugs/Alcohol Overdose	30	10	40
Smoke Inhalation	5	12	17
Asphyxia	6	2	8
Drowning	3	1	4
Burning/Scalding	4	0	4
Firearms	0	1	1
Heat Stroke	1	0	1
Hypothermia	1	0	1
Co-Sleeping Arrangement	0	1	1
Total	**129**	**42**	**171**

Accidents In Other Places

Drowning	2	8	10
Falls	16	3	19
Drugs / Alcohol	6	2	8
Exposure	4	4	8
CO Poisoning	3	1	4
Hunting	0	1	1
Therapeutic Misadventure	1	0	1
Animal Related (Not MVA)	0	2	2
Burns	1	0	1
Asphyxia	0	1	1
Total	**33**	**22**	**55**
Total Non – Traffic Accidents	**165**	**69**	**234**

Motor Vehicle Accidents	Urban	Rural	Total Deaths
Vehicle/Vehicle	11	29	40
Single Vehicle	6	28	34
Vehicle/Pedestrian	7	5	12
Vehicle/Fixed Object	8	3	11
Snowmobile	1	3	4
Motorcycle	2	2	4
Vehicle/Motorcycle	1	2	3
Vehicle/Train	1	2	3
Multiple Vehicle	1	2	3
Vehicle/Cyclist	0	2	2
Train/Pedestrian	2	0	2
Bus/Pedestrian	1	1	2
Animal/Vehicle	0	1	1
Total	**41**	**80**	**121**
Total Non-Traffic Accidents	**165**	**69**	**234**
Total Traffic Accidents	**41**	**80**	**121**
Total Accidental Deaths	**206**	**149**	**355**

UNDETERMINED MANNER OF DEATH

Cause of Death	Male	Female	Total
Drug/Alcohol Overdose	7	4	11
No Anatomical Cause Found	8	9	17
Multiple Injuries	6	0	6
SIDS	1	2	3
SUID	2	1	3
Drowning	2	0	2
Other	4	5	9
Total	**30**	**21**	**51**

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	375	177	552
Lung Disease	76	60	136
Hemorrhage	62	49	111
Post – Operative	28	16	44
Peritonitis	8	6	14
No Anatomical Cause	2	2	4
Intra – Operative	3	1	4
Epilepsy	4	0	4
Old Age	1	1	2
Meningitis	2	0	2
Therapeutic Misadventure	1	1	2
Other	46	53	99
Total	**619**	**379**	**998**

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Under 1 year	5	8	13
1-9	2	3	5
10-19	9	3	12
20-29	4	2	6
30-39	17	13	30
40-49	56	20	76
50-59	117	45	162
60-69	143	75	218
70-79	141	97	238
80-89	105	88	193
90-99	18	24	42
Over 100	2	1	3
TOTAL	**619**	**379**	**998**

SUMMARY OF DEATHS OF PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

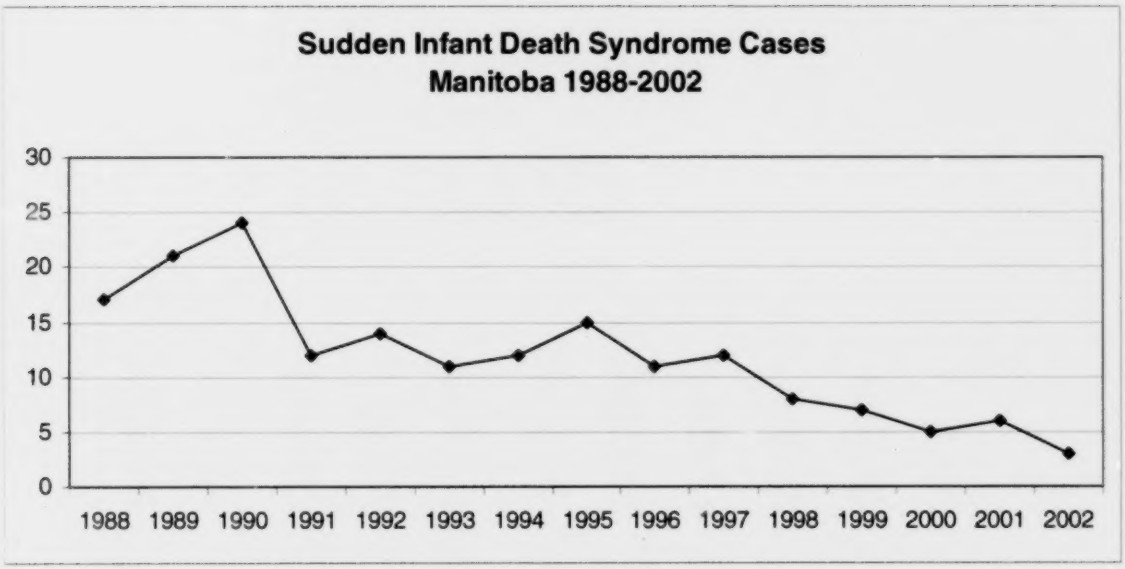
Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	30	47	77
Natural**	945	1637	2582
Accidents in the Home	17	29	46
Accidents in Other Places	0	0	0
Motor Vehicle Accidents	0	0	0
Industrial Accidents	0	0	0
Suicides	2	0	2
Homicides	0	0	0
Undetermined	0	2	2
Total	**994**	**1715**	**2709**

* Certified by a medical examiner.
** Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS (Ages 0-17 years inclusive)

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	15	14	29
Natural**	37	32	69
Accidents in the Home	5	2	7
Accidents in Other Places	5	0	5
Motor Vehicle Accidents	13	6	19
Suicides	9	5	14
Homicides	6	1	7
Undetermined	5	6	11
Total	**95**	**66**	**161**

Note: 3 cases of SIDS are included in the undetermined category.
* Certified by a medical examiner.
** Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.

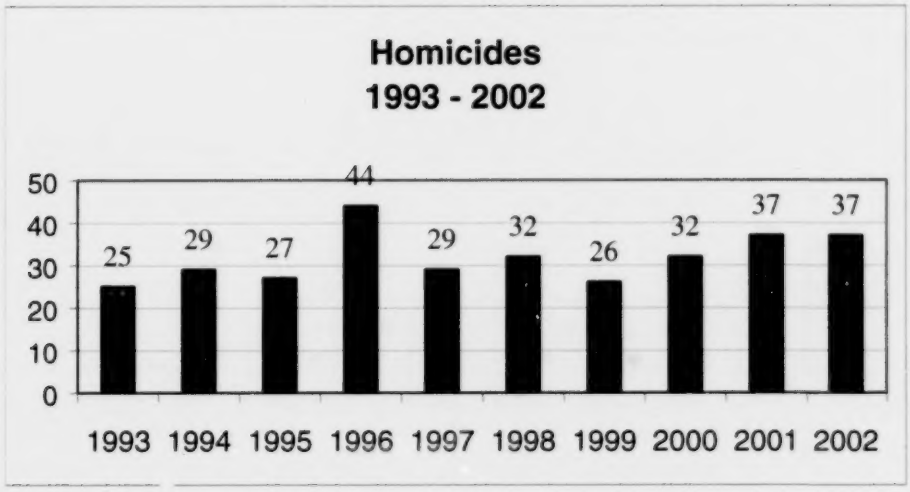


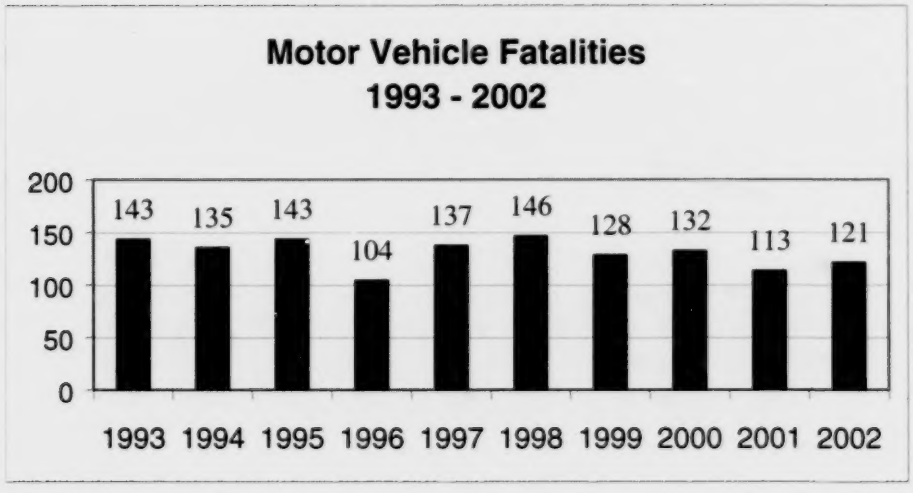
The overall incidence of SIDS has been reported as 1 case per 4780 live births. Although it can occur at any time during the first year of life, the peak incidence in Manitoba is during the first four months.

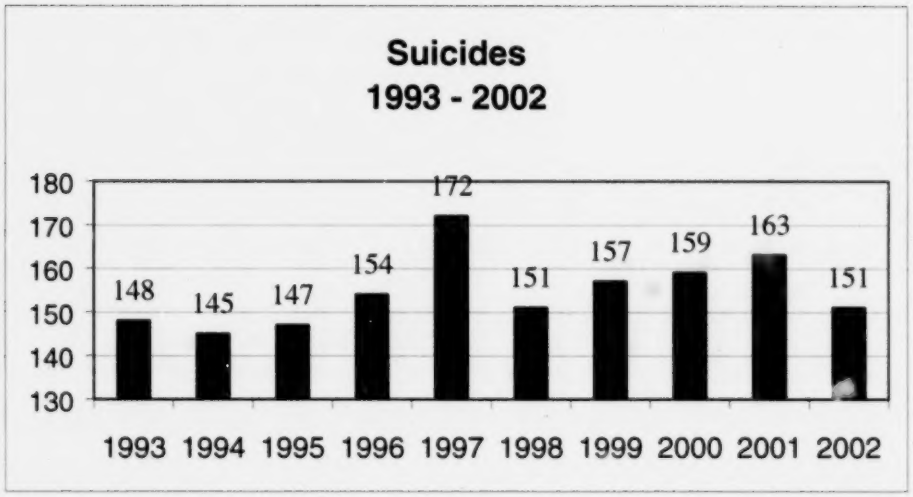
SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
MANITOBA 2002

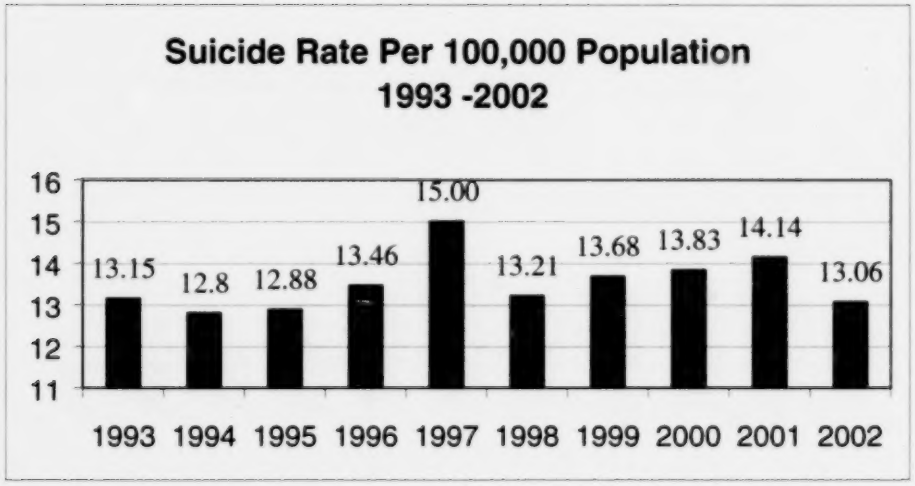
Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	0	0	0	0
February	0	0	0	0
March	2	0	0	2
April	0	0	0	0
May	1	0	0	1
June	0	0	0	0
July	0	0	0	0
August	0	0	0	0
September	0	0	0	0
October	0	0	0	0
November	0	0	0	0
December	0	0	0	0
Total	**3**	**0**	**0**	**3**

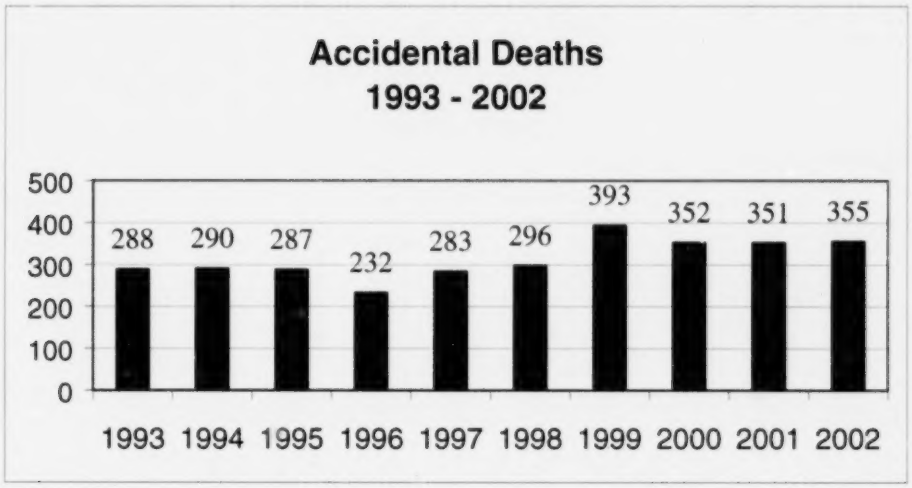
MANITOBA DEATHS
A 10 YEAR REVIEW



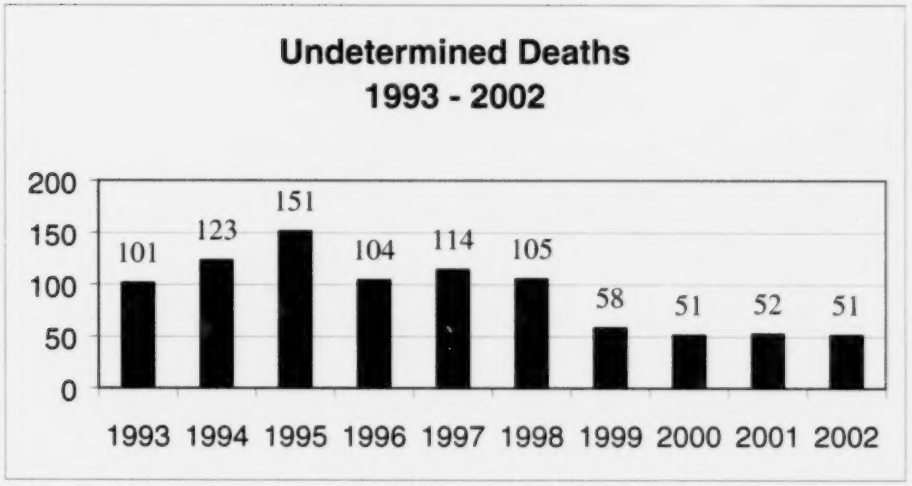



Suicides
1993 - 2002
180
170
160
150
140
130
148
145
147
154
172
151
157
159
163
151
1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002


Suicide Rate Per 100,000 Population
1993 -2002
16
15
14
13
12
11
13.15
12.8
12.88
13.46
15.00
13.21
13.68
13.83
14.14
13.06
1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002



Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths from natural to accidental.



INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Inquest reports pending as of December 31, 2001	11
Inquests called January 1, 2002 – December 31, 2002	8
Inquest reports received January 1, 2002 – December 31, 2002	8
Inquest reports pending as of December 31, 2002	11

TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2002 – December 31, 2002)

Occupational Related	Accidental	2
	Total	**2**
Police/Incarceration Related	Undetermined	1
	Accidental	1
	Homicide	1
	Total	**3**
Hospital/Institutional Related	Accidental	1
	Suicide	1
	Total	**2**
Other	Accidental	1
	Total	**1**

TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2002 **8**

Summary of Inquest Report Recommendations Received - 2002

CASE FILE NO. 2242,2243,2372/98

Cause of Death: Smoke Inhalation

Manner of Death: Accident

Circumstances: On September 15, 1998 a fire on the second floor of a two-storey residence in Winnipeg took the lives of three children aged 3, 4, and 5. The cause of the fire was a child or children playing with a disposable lighter. At the time of the accident there were two battery-operated smoke alarms in the residence but neither contained a battery.

Judicial Recommendations:

1. Following the fire, by-law 1322/76 was amended on March 24, 1999. In the case of rental properties, smoke alarms were required to be hard-wired, except in the case of existing non-hardwired installations, in which case a tamper-resistant smoke alarm with a 10-year lithium battery, acceptable to the authority having jurisdiction, was deemed to be an acceptable alternative. It is recommended that a regulation be enacted to identify acceptable smoke alarms for residential rental properties, in order to permit consumers to more readily identify smoke alarms that meet the City's criteria.

2. In March of 1999 and following that date, amendments were made to the fire prevention by-law to address locations of fire alarms prone to false alarms. Alarms must be a minimum of three feet from a bathroom door, and alarms within 10 feet of a bathroom must contain a pause feature, so that an alarm can be temporarily silenced without being disabled.

3. Federal safety standards for child-resistant lighters be re-visited, and that the sale of only those lighters whose safety features prevent at least 98% of children in the age range of forty-two to fifty-one months from operating them, be permitted under Federal legislation.

4. A protocol be created to establish a regular flow of information between the Fire Paramedic Service, the Fire Commissioner's Office, and Health Canada, with respect to the involvement of Federally approved child-resistant lighters in child-initiated fires.

5. The Manitoba Fire code be amended to require that doors be installed and maintained in bedroom and sleeping areas in all owner and tenant-occupied residences to permit the containment of heat, smoke, and flame in the case of fire.

6. In the case of a residential rental property, a landlord or his agent be obliged to repair or replace a non-functioning smoke alarm by no later than 10:00 p.m. on the date of notification, with the requirement of a minimum of eight hours notice to the landlord. If minimum notice has not been provided, the landlord or his agent would have until 12:00 noon on the following day to complete the repair or replacement.

7. Municipal and local authorities in the Province of Manitoba, outside the City of Winnipeg, adopt the standards enacted by the City of Winnipeg with respect to the nature and installation of smoke alarms in residential rental locations.

8. Inspection and education programs be initiated by the Fire Paramedic Service for one and two family homes to increase compliance with the Fire Code and related by-laws in those residences.

9. The "Learn to Burn" program, created by the National Fire Prevention Association, be implemented in all provincial school divisions to educate young people as to the dangers of fire play and related behaviours. It must, however, be noted that this program, geared as it is to children ages five to fourteen years, would not have reached two of the three children involved in this fire. Given that fire-related behaviour, and in particular the use of matches and lighters, has been seen in children as young as two years of age or less, it is strongly recommended that a similar program, adapted for children ages two to five years, be developed and implemented as well.

10. Additional advertising be done by the relevant agencies to further emphasize to children the dangers of fire play, to emphasize to adults the need for heightened parental and adult vigilance with respect to the use and storage of lighters and matches, and to emphasize the dangers of tampering or interfering with smoke alarms, as well as the importance of properly maintaining them.

11. A document be created amalgamating three existing smoke alarm forms, but for which distribution, completion, and filing would now become mandatory. The document would be completed at the commencement of each tenancy (or, in the case of existing tenancies, during a time period to be fixed by legislation) and yearly thereafter, specifying the type and location of smoke alarm(s) in the residential rental property, the date of installation/testing, and alerting both landlords and tenants to their rights and obligation with respect to all of the foregoing. The document would also clearly set out the dangers of tampering with or defeating smoke alarms in any way. The document would allow for a signature by both landlord and tenant, confirming that its contents have been read and understood, and are accurate. As noted, the fire prevention by-law should be amended to require that a copy of this document be filed by the landlord with the Fire Prevention Branch, and that the tenant be provided with a copy of same. Such a document would provide written verification to the Fire Prevention Branch of compliance with the by-law, and would also provide confirmation that residential tenants have in fact been provided with all relevant information regarding their rights and responsibilities with respect to smoke

alarm(s) in their residence, and in particular, that they are aware of the existence and specific location of those alarms. This second floor alarm, located as it was near the origin of the fire, may have, had it been working, afforded warning of the impending tragedy sufficient to have averted it. Regardless of whether a properly functioning alarm on the second floor would have provided sufficient warning of this fire, given the evidence with respect to the rapid advance of deliberately set fires, such as this one, and their potential to overwhelm the warning provided by smoke alarms, clearly, awareness by a tenant of the existence and location of a smoke alarm can have a significant effect on whether that alarm is regularly tested and remains in working order.

12. A regulation be enacted to specifically identify smoke alarms deemed acceptable by the City of Winnipeg for residential rental properties.

CASE FILE NO. 1230/99

Cause of Death: Cocaine Overdose

Manner of Death: Accidental

Circumstances: This 27 year-old male took a significant amount of cocaine, probably by injection and became highly intoxicated as a result. After acting in an agitated and intoxicated manner for a period of time, he was arrested by police pursuant to *The Intoxicated Persons Detention Act*. He was taken to the detoxification facility located at 75 Martha Street and placed in a cell there to sober up. His condition worsened over time and he was taken by ambulance to the Health Sciences Centre where he was treated and died of cocaine toxicity a few hours later.

Judicial Recommendations:

1. The conduct of the Winnipeg Police Service in handling the decedent was appropriate in the circumstances, however it is recommended that police officers be made aware, through ongoing training, that persons intoxicated on cocaine may be in danger and may require medical attention.

2. The care that the deceased received at the detoxification unit of the Main Street Project was acceptable, however, these following recommendations may enable those on duty to more quickly determine if a detoxification client is in trouble.

    a) That video cameras be installed in at least some of the cells at the Main Street Project so those individuals who are extremely intoxicated can be more closely monitored.

b) Employees of the Main Street Project, who work in the detoxification unit, should be given training by medical personnel to assist them in identifying intoxicated individuals who may require medical treatment.

c) Special emphasis to be placed on training employees of the Main Street Project to identify those individuals who may have taken dangerous amounts of drugs.

d) Mats should be provided to all detainees held in the detoxification unit, unless a valid written reason is noted on a log sheet as to why it is removed.

CASE FILE NO. 343/00 & 344/00

Cause of Death: Stab Wounds

Manner of Death: Homicide

Circumstances: Two sisters, over the course of an evening, made five calls to the "911" emergency phone line as they were concerned about one of the sister's estranged boyfriends who was trying to gain access to their residence. When the police arrived after the fifth call they were found stabbed to death.

The mandate of the Inquest was:

1. To address concerns relating to the operation and management of the WPS Communication Centre and "911" Service, with respect to the handling of domestic violence/assault calls such as those placed by the decedents on February 15 and 16, 2000;

2. To examine the operation and management of the WPS Communications Centre and "911" Service with respect to the timely provision of police response to domestic violent/assault calls, such as those placed by the decedents on February 15 and 16, 2000;

3. To make recommendations as to possible alternative procedures, precautions, or measures that may prevent other deaths from taking place under similar circumstances in the future.

Judicial Recommendations:

While related recommendations were made respecting various topics, the judge made one major umbrella recommendation:

1. **THAT A COMPREHENSIVE REVIEW BE UNDERTAKEN OF THE COMMUNICATION CENTRE INCLUDING THE TOPICS AND ISSUE SET FORTH IN ORDER TO ENSURE PROPER AND CONSISTENT JOB PERFORMANCE, PARTICULARLY IN THE AREA OF DOMESTIC VIOLENCE CALLS.**

This comprehensive review should encompass the following recommendations:

Job Descriptions

2. That all job descriptions in the Communication Centre are reassessed to determine the roles and tasks assigned to the various positions are relevant and clearly described, with accountabilities and lines of authorities defined.

Management Team

3. That a formal review be made of the "management team" and the structure of the Communication Centre to ensure that the expectations placed on the "management team" are realistic and those positions are sufficient and appropriate to allow for the efficient and appropriate operation of the Centre.

4. That consideration be given to a reconfiguration of the "management team" to include an Administrative Manager, a Quality Assurance Manager and a Staffing Coordinator.

Duty Inspectors

5. That mandatory formalized training for all Duty Inspectors be implemented by the Winnipeg Police Service Training Academy including training as to how calls for service, specifically Priority 1 and "E" calls ought to be subject to a priority review.

Staffing

6. That a comprehensive review be undertaken with respect to the staffing requirements of the Communication Centre, in particular whether the optimum number is 8, 10, 12 or 14;

7. That the review consider and implement 3 dispatchers for each shift.

8. That the review examine and investigate the efforts to build the pool of casual employees to 18.

9. That there be an addition of 1 SPCO per shift and that the review consider whether or not this person should be in addition to or act as a quality control/coach.

10. That the designated "911" operator position be staffed at all times.

11. That the practice of shift switching be abolished.

Training - Initial

12. That the Training Division of the Winnipeg Police Service administer and teach the training programs for the call taker, dispatch, and SPCO positions in the Communication Centre to ensure accountability and consistency in the training and thereby lessen the burden on the members of the Communication Centre themselves.

13. That the review consider whether to continue to use Communication Centre staff as monitors for new employees given the apparent inconsistencies among those employees in terms of their training, and their interpretation of policy and procedure or whether that duty be assigned to the Training Division.

14. The Training Division review the training syllabus of the Communication Centre to ensure that the information/procedures being taught are accurate, consistent and relevant. It is also crucial that the training materials conform to the policies and procedures of the Winnipeg Police Service especially Family Violence Policy. Exceptions, if any, must be clearly identified. These materials should be updated on a regular basis.

Training - Ongoing

15. That ongoing or refresher training responsibilities be transferred permanently to the Winnipeg Police Service Academy to ensure accountability and consistency in the training that is provided and thereby lessening the burden on the members of the Communication Centre themselves.

16. That the Training Division develop and implement mandatory refresher training courses for the staff of the Communication Centre, to be conducted on a regular and consistent basis.

17. That the Training Division coordinate a core group of mandatory training sessions that include but are not limited to such topics as:
    - current and applicable family/domestic violence prevention procedures;
    - aboriginal and cultural awareness;
    - court orders and police role in enforcement;
    - stress management;
    - disaster procedures;
    - suicide prevention;
    - special unit training

18. That additional training sessions are identified following consultation with the staff of the Communication Centre.

19. That the number of PRDs or payback days used for training per year be examined to provide the optimum number of training days.

20. That part-time or casual staff attend all mandatory training sessions.

Communication

21. That the viability of weekly supervisors meetings be explored. In particular, meetings within the Communication Centre to be attended by the "management team" and all SPCOs to ensure that any and all concerns can be dealt with in one forum and any new or revised policy can be disseminated and discussed to ensure consistency in understanding an application.

22. That steps be taken to ensure that all Communication Centre policy and procedure manuals are updated in one manual to be made available in both hard copy to each member of the Communication Centre as well as online, with the master copy kept in a designated and visible area in the Communication Centre. Staff should be encouraged to keep their manual at their workstation when on duty.

23. That all revisions of existing policy or the introduction of new policy be disseminated to all employees at the same time the existing policy and procedure manual is updated and revised.

24. That memos be placed in the memo binder by topic, with an index indicating the date they were released, in order to facilitate easy access to updates. Memos relating to non-policy or procedure issues be placed in a separate portion of the "memo" binder.

25. That, in cooperation with the Training Division, a number of forums are developed and routinely held to allow for staff briefing on policy and procedure changes delivered by a quality assurance/risk management coordinator, in order to ensure consistent interpretation of the changes for staff.

Workplace and External Influences: Responsibility

26. That the individual responsibility of each staff member be enumerated clearly.

Workplace and External Influences: Morale

27. That recommendations relative to Staffing, Training, and Communications are applicable to the perceptions of staff that may impact negatively on the morale.

28. That the mutual obligation of the employees and the employer be evaluated.

29. That policy or protocol be developed by the Winnipeg Police Service in conjunction with the Winnipeg Police Association for the process of administrative leave including:
    - advising the affected staff member;
    - the nature of it in terms of benefits;
    - the generic reasons for it (investigation, public trust, evidentiary purposes);
    - the availability of placement elsewhere in the Winnipeg Police Service.

30. That information concerning the policy and protocol of administrative leave form part of the initial training of all Communication Centre employees.

Workplace and External Influences: External

31. That the preceding recommendations for training, communication, policy and procedure are applicable here.

32. That an examination and re-evaluation of the avoidance of overtime, cancelled lunch breaks, should be undertaken to ensure timely response of police to domestic violence/assault calls.

33. That a policy review be undertaken relative to the impact on dispatching of such Collective Agreement issues as holding over cars, and lunch breaks to ensure timely police response to emergency calls.

34. That the review include an examination of external influences on the staff.

Workplace and External Influences: Public

35. That the Winnipeg Police Service develop and launch a public information and education campaign on the correct use of the 911 service and the 986-6222 line and to explain the dangers of false or frivolous calls.

36. That the review explore the use of charging those abusing the 911 service under the Criminal Code or municipal by-law.

37. That the review inquire into the feasibility or possibility of providing a 311 service that allows callers a quick dial for non-emergency calls to the Police Service.

38. That the review examine mandating the provision of phone numbers and addresses on cell phones.

Police Response

39. That the review examine the feasibility of having officers attending domestic violence calls scroll the MDT to ascertain the telephone subscriber at the location before performing other standard CPIC checks.

40. That the review examine whether a policy respecting forcing locked doors following a 911 call needs to be developed especially in situations where animals are believed to be inside.

41. That a legal opinion be sought respecting the grounds for stopping individual(s) for identification when found leaving a location that is the subject of a 911 call.

42. That the impact of the policy that all domestic calls be priority 1 be considered in the context of police resources.

43. That training of the SPCOs and Duty Inspectors be established and maintained relative to reprioritizing domestic priority 1s (or higher).

44. That the cross-divisional approach dispatch policy be examined to ensure police resources are fully utilized in all districts and no one district is without patrol cars when cars are available elsewhere.

Policy and Procedure: Domestic Violence

45. That, as noted in the Training Recommendations, a core group of mandatory sessions be developed and presented on current and applicable family/domestic violence prevention procedures, and court orders and police role in enforcement.

46. That reconsideration be given to the current policy that all domestic calls be Priority 1 (or higher).

Call Types

47. That all call types be analyzed and assessed for clarity and accuracy.

48. That the involvement of the training division, information and training about call types, particularly domestic calls and breaches of court orders be provided to the Winnipeg Police Service at large.

49. That dissemination of call type information be part of initial and ongoing training for all divisions in the Winnipeg Police Service.

50. That consideration be given as to whether policy is merely a guideline or something that must be followed by Communication Centre staff to the letter.

Priority 2P

51. That the recommendations about a new policy and procedure manual, online and in hard copy for each staff member and the development of forums for briefing on policy and procedure changes are applicable here.

52. That (as is required for accreditation), all staff "sign off" on all Routine and General Orders as well as all policy and procedure memoranda.

Family Violence Policy

53. That consideration be given that the Winnipeg Police Service, in consultation with the key stakeholders in government and in the community, and with other Police Services, re-examine the Domestic Violence Policy in order to develop reasonable guidelines for assigning priorities for calls dealing with domestic violence.

54. That the review examine the feasibility of the Winnipeg Police Service together with the Department of Justice (Manitoba), other law enforcement agencies and others involved in domestic violence issues review the Domestic Violence Policy, in particular Zero Tolerance and the manner in which the policy relates to repeat offenders.

55. That serious consideration be given to a senior member of the Winnipeg Police Service, possibly a member of the Executive, become the Domestic Violence Coordinator for the Service, including the Communication Centre, to address staffing, training and policy issues relative to Domestic Violence.

Technology: Equipment

56. That an assessment of all telecommunications equipment in the Communication Centre be undertaken to ensure the Centre is equipped with the best available equipment.

57. That the review consider the feasibility of having Manitoba Telecom Services Inc. explore expanding the E9-1-1 Network to include software with a recognition feature that tracks the number of calls received from a particular address, and automatically relays that information to the screen of the 911 operator position.

58. That the review consider having MTS inquire into the possibility of providing a 311 Service that allows calls a quick dial for non-emergency calls to the police service in their jurisdiction.

59. That the review explore the feasibility and usefulness of call takers utilizing the LOCS and NAMS checks.

60. That, given the often ongoing nature of domestic violence and stalking, the review look into a system to enable the storage of calls and transcripts in excess of two years.

Technology: CPIC

61. That the review determine sufficient staff levels in the Bureau of Police Records to ensure that CPIC is kept up to date.

62. That a review of the filing system for hard copies of orders be completed to ascertain if the filing system is necessary and if so that it be maintained.

CASE FILE NO. 0401/98

Cause of Death: Crush Injuries

Manner of Death: Accidental

Circumstances: This fatal accident occurred on February 23, 1998 at the Ruttan Mine, in Leaf Rapids operated by Hudson Bay Mining and Smelting Co. Limited (HBM&S). A plug, made of a new material known as Mearlecrete had been placed at the lower end of an ore bin to protect workers from falling rock while they cleaned a chute. After completing the work without incident and in attempting to remove the plug, a rock fell on this worker and resulted in his death.

Judicial Recommendations:

The judicial recommendations concur with the recommendations made by the investigators from HBM&S and United Steelworkers Association Local 8144.

1. That HBM&S, Ruttan Mine, review their project management procedures and upgrade to industry standards.

2. That HBM&S, Ruttan Mine, consult with the workplace safety and health committee when altering mining techniques and preparing to implement new mining technology.

3. That HBM&S shall comply with The Workplace Safety and Health Act-Manitoba Regulation 228/94-Sections 17(1), 17(4) and 24(1). Evidence at the inquest showed that the company had not provided notice to the Director as required under the legislation of an alteration in mining technique or the use of new methods of mining construction.

4. That any new product or application, any substitution of product and all testing and results of products shall be reviewed by the workplace safety and health committee prior to use.

5. That there be one overseer of special projects who will act as a liaison with the workplace safety and health committee.

6. That work should not proceed without obtaining all pertinent information regarding product, process, etc.

7. That all non-routine jobs shall have written job procedures by both the company and contractors on site and these shall be reviewed with the workplace safety and health committee prior to the commencement of the job.

8. That all special projects be required to provide information concerning the qualifications and experience of each worker and that this be made available to the workplace safety and health committee.

9. That all special projects maintain a written record and be signed off with an explanation by all parties involved prior to any change in a process or application and that it be made available to the workplace safety and health committee.

Note: Recommendations 1-9 had been addressed or implemented by HBM&S at the time of the Inquest.

10. That the proper authorities take an in-depth look at how inquests are now constituted with a view to improving the status quo as it now exists. This particular inquiry took too long to be completed. It is also recommended that any authority scrutinizing inquests direct their attention to the practices and procedure now in place. This inquest should not have taken seven days to conclude. The Criminal and Civil Courts of the Province have established practice rules, which have greatly improved the efficiency of those Courts. The same should be done in the case of inquests being held in the Province.

CASE FILE NO. 1153/98

Cause of Death: Subdural Hematoma

Manner of Death: Undetermined

Circumstances: On May 1, 1998 this 65 year-old male was found lying on the street and taken to Brandon General Hospital by strangers. He left the hospital before being treated. He smelled of alcohol and was thought to have a head injury. Brandon Police Service located him and returned him to the hospital. He was either unable or

unwilling to reveal exactly how his head injury occurred, although he did infer that he had been assaulted by two men. He was discharged on the same day, to the custody of the police for breach of a Probation Order, and as an intoxicated person. He was released from Brandon Correctional Institute (BCI) later the same day. On May 10th he was again brought into hospital complaining of pain to his head and of dizzy spells. He was apparently neurologically intact and under the influence of alcohol. He was taken to BCI to ensure his physical safety, became increasingly incoherent and was taken back to Brandon General Hospital the same morning. Subsequently he was transferred to the Health Sciences Centre, in Winnipeg, where he died of complications of a subdural hematoma on May 12, 1998.

Judicial Recommendations:

1. That the Medical Examiner should direct an inquest to be held within a reasonable time of an individual's death (perhaps 6 months) and that the inquest takes place within a reasonable time period of the Chief Medical Examiner calling for an inquest (perhaps 6 months).

2. That the Brandon Correctional Institute staff physically rouse inmates at the beginning, the end, as well as in the middle of their shift.

3. That there should be trained emergency physicians at the Brandon General Hospital.

CASE FILE NO. 2557/96 & 2558/96

Cause of Death: Asphyxiation

Manner of Death: Accidental

Circumstances: These two workers died of asphyxiation after entering a railway tank car. Entry to this tank was through a 20-inch diameter manhole at the top and down a portable ladder. The tank car had been filled with nitrogen and as such contained almost no oxygen. The first worker entered the tank to retrieve a fallen "downspout" or pipe from the bottom of the car. After some time had elapsed a co-worker called out to him but got no response. A second worker entered the tank to rescue the first worker and also collapsed. Other workers came to help but were unable to save the first two workers.

Judicial Recommendations:

The judge concluded that the accident would not have occurred if the policies in place at the time of the accident had been followed. Improvements have been made to these policies. In addition, the Judge recommends the following:

1. That, if they have no already done so, Workplace Safety and Health Inspectors attend at CanAmera Foods facilities to conduct and complete a safety inspection.

2. Given the jurisdictional issues that arose between the federal and provincial authorities after this accident, that the provincial Department of Labour, in liaison with the federal government if necessary, take steps to inventory the work sites in the province where safety enforcement is a matter of federal jurisdiction, as well as those where the jurisdictional mandate is unclear, with a view to resolving any current situations analogous to CanAmera Foods. It should then be made clear to employers and employees at those locations which government, federal or provincial, enforces their workplace safety procedures.

3. That the Provincial Government move to pass a regulation in regards to confined space entry. Such a regulation would allow for enforcement, as it would be a statutory instrument. It would also make it very clear to employers and employees what requirements exist for confined space entry. The definition of confined space should be made certain, so that there is no ambiguity as to whether all, or only some, of the criteria need be present. In this regard, assistance can perhaps be gained from the definition of confined space in the federal regulation. There should also be certainty, for example, in regards to whether retrieval systems are required in every situation, and where more than one watch person is required at the entry to the confined space.

4. That the Workplace Safety and Health Division:

    (i) strive to have frequent inspections of all workplaces where confined space entries occur, and where this is not possible, attempt to monitor compliance and provide guidance, by having employers submit in writing such documents as Hazard Assessments, Confined Space Entry Procedures and Training Programs. The Division should especially ensure that all employers, who have employees undertaking confined space entry work: follow the Confined space Entry Guidelines or a subsequent regulation, fulfill their duties under section 4 and especially paragraph 4(2)(a) of *The Workplace Safety and Health Act*, provide air monitoring equipment, harnesses, line and hoists, and ensure their employees use that equipment;
    (ii) if feasible, again provide courses on confined space entry;
    (iii) contemplate the practicality of producing or commissioning a 'made in Manitoba" modern version of a training videotape, along the lines of "Only Fools Rush In" (produced by Industrial Training Corporation, 1983,

and presently available through the Workplace Safety and Health Division library);

(iv) ensure that employers have properly trained employees, who may be involved in confined space entry, on safety procedures to be followed, and develop and implement a program to review and test the quality of the training that is provided;

(v) ensure that employers have confined space emergency procedures in place and that they have trained workers or teams in regard to those procedures;

(vi) approve stop work orders and if necessary, ultimately charge, for safety breaches in confined space entry situations;

(vii) distribute relevant portions of this report to industries and employee groups to whom it may be relevant.

5. That the provincial Departments of Labour and Health assist rural emergency service providers to inventory the existence of any industrial operations within their geographic catchment areas that may present especially dangerous or challenging rescue operations, and to work with those locations to identify equipment needs and rescue plans.

6. Endorse the following recommendations made in the Report prepared by Professor Wally Fox-Decent and the Review Committee to improve Workplace Safety and Health in the Province of Manitoba.

   (i) that the Workplace Safety and Health Division and Workers Compensation Board encourage the development of industry specific, environmentally sound, safety and health training by industry associations, employers, unions, and private consultants.

   (ii) that the Workplace Safety and Health Division develop training programs in safety and health issues that are targeted for supervisory staff.

   (iii) that the Workplace Safety and Health Division train external trainers to deliver Division training programs where demand warrants; and

   (iv) that the Workplace Safety and Health Division and the Workers Compensation Board, together with other stakeholders, develop and make available to the public an inventory of available safety and health training programs and trainers.

7. That the Government take the steps necessary to fully implement the recently passed *Safer Workplaces Act* and the amendments to *The Workplace Safety and Health Act*; specifically:

   (i) that employers must "ensure that all of the employer's workers are supervised by a person who (a) is competent, because of knowledge, training or experience, to ensure that work is performed in a safe manner, and (b) is familiar with *The Workplace Safety and Health Act* and the regulations that apply to the work performed at the workplace;"

   (ii) that every employer shall provide information, instruction and training to a worker to ensure, so far as is reasonably practicable, the safety and health

of the worker before the worker begins performing a work activity at a workplace;"

(iii) that a workplace safety and health program must include "(a) identification of existing and potential dangers to workers in the workplace and the measures that will be taken to reduce, eliminate or control those dangers, including procedures to be followed in an emergency; (b) the identification of internal and external resources, including personnel and equipment, that may be required to respond to an emergency at the workplace; and ... (k) procedure for reviewing and revising the workplace safety and health program at intervals not less than three years or sooner if circumstances at a workplace change in a way that poses a risk to the safety or health of workers at the workplace;"

(iv) that the employer shall design the workplace safety and health program in consultation with the committee for the workplace;" and

(v) that the employer shall make a workplace safety and health program available to the following persons on request;... (d) a safety and health officer."

Recommendations to: Altona Emergency Services

8. That consideration be given to carrying self-contained breathing apparatus or other air supply in the first response ambulance.

9. That Altona Emergency Services, and in other towns with similar emergency services, meet with the local industries and coordinate rescue plans. The emergency services should be made aware of the site, confined spaces, and hazards at each industry. Equipment should also be coordinated so that if the emergency personnel are to use the company's equipment, the equipment is properly maintained and emergency services personnel are trained in its use. The Province, in terms of its regulatory function in terms of training of ambulance attendants, as well as defining the required equipment and ambulances, may also have a role in implementing these recommendations.

10. That the Department of the Fire Commissioner continue to provide confined space entry training, at least until such time as the Workplace Safety and Health Division provides such a course.

CASE FILE NO. 1839/99

Cause of Death: Subdural Hemorrhage

Manner of Death: Accidental

Circumstances: This 82 year-old male was walking in the early afternoon of January 19, 1999 when he slipped on the ice in a parking lot and fell with sufficient force that his front teeth actually went through the skin immediately beneath his lower lip. He managed to walk home where his wife was unable to stop the bleeding. Approximately 2 hours later (15:47 PM) the deceased's daughter took him to the Grace General Hospital where he was treated and released the same day at (18:45 PM). The deceased was brought back to Grace General Hospital later that day at 22:55 PM after complaining of a severe headache and dizziness. A CT scan indicated a subdural hematoma. The CT scan was transported by taxi to the Health Sciences Centre, where a neurosurgical consultant did not recommend immediate surgery. His condition deteriorated such that surgical intervention was not an option in the morning. He died on January 21, 1999 at 8:51 AM.

Judicial Recommendations:

1. That the neurosurgical service at the Health Sciences Centre (HSC), with the necessary administrative and financial assistance of the Winnipeg Regional Health Authority (WRHA), do a survey of the literature and of the practice in other Canadian jurisdictions at least, as to whether criteria are in place for transfer of patients with CT-detectable traumatic intracranial lesions from peripheral hospitals to tertiary care hospitals offering neurosurgical services.

2. That the neurosurgical service at the HSC should then collectively determine whether they will attempt to fashion such a standard for their service. If so, they should consult with the affected services and programs such as the Surgical and Emergency Programs of the WRHA in deciding on the standard and the manner of promulgating it.

3. That the WRHA develop a guideline, protocol or care map for the monitoring of patients with traumatic intracranial lesions at facilities other than the neurosurgery service at HSC. In so doing, they should call upon the assistance not only of the neurosurgical service and the WRHA medical programs but also of the peripheral hospitals that will ultimately be implementing such protocols.

4. That the WRHA identify or create a person or entity to function as a kind of facilitator or co-ordinator to ensure that any and all medical management issues raised

by medical staff at various hospitals arising out of the interactions between WRHA facilities and/or programs are addressed in an appropriate and timely manner.

5. That a WRHA policy be put in place requiring that all residents who provide specialist consultation services by telephone for patients outside of their facility be required to document such consultations, possibly by dictating a brief note through their own hospital telephone transcription services to be retained in a consultation file for that resident.

6. That all Manitoba hospitals, and Grace Hospital in particular, ensure that they have in place an appropriate mechanism to verify that all deaths within their facilities that are required to be reported to a medical examiner under the provisions of *The Fatality Inquiries Act* are in fact reported. The results of these facility audits on compliance should be provided to the Chief Medical Examiner no later than July 1, 2002.

CASE FILE NO. 1058/01

Cause of Death: Multiple Injuries

Manner of Death: Suicide

Circumstances: This 21 year-old male was an involuntary patient of the Eden Mental Health Care Centre in Winkler, MB. On April 26th, 2001 he was granted a day pass to visit with his parents and after having returned to the Centre left through the front door, took a bicycle of another patient and left the yard of the facility. His body was discovered a short time later at the base of the water tower at the city's water treatment plant.

Judicial Recommendations:

1. Where during the physical examination of any inpatients there is discovered or conveyed to the attending physician evidence of suicide ideation, steps must be taken immediately to report same to the patient's doctor. There should be no delay in communication, and in the event that the physician fails to immediately alert the patient's doctor, then authority should lie with the attending nurse to report any such findings. Contact with the patient's doctor should ideally be made via a paging system or in the alternative by way of an emergency telephone call. Completion of the physical examination record and delivery of same to the patient's doctor must be given top priority and staff should be so instructed.

2. If a mental health care center is to maintain a policy of openness and not subscribe to a front door buzzer system which would automatically lock and unlock the front door, then all involuntary patients who verbalize or suggest suicide ideation should at all times be required to wear the wander guard wrist band when in the institution. While

it is recognized that the wander guard can with some effort be removed by the patient, it nevertheless while worn ensures that the patient cannot leave the facility.

3. Staff personnel must be kept up to date at all times on search procedures of in-patients, and it must be impressed on them that there are to be no exceptions to the outlined procedures. Also, to ensure compliance with the search procedures there must at all times be a staff person present to receive and search in-patients who are given outside privileges and returning to the facility. Should there be a need for staff meeting at times when an inpatient is outside the facility, then arrangements should be made to ensure that person cloaked with such authority be available to receive and search returning patients.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

Year	Male	Female	Total
1993	18	12	30
1994**	36	32	68
1995**	27	21	48
1996	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002***	24	22	46
Total	**306**	**238**	**544**

* A 'Child in Care' is defined in s.10(1) (a) & (b) of the Fatality Inquiries Act. It does **NOT** refer solely to children in foster or alternative care placements.

** Stillbirths were reported in 1994 and 1995. As of May 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

***Section 10(1) was amended to require reports only where the deceased child, parent or guardian had received services from a mandated child and family services agency in the year prior to the death.

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:

> If the chief medical examiner receives an inquiry report about a deceased child who, at the time of death or within the one year period before the death,
>
> a) was in the care of an agency as defined in *The Child and Family Services Act*; or
>
> (b) had a parent or guardian who was in receipt of services from an agency under *The Child and Family Services Act*;
>
> The chief medical examiner shall assess the quality or standard of care and service provided by the agency by
>
> (c) examining the records of the agency respecting the child and the parent or guardian; and
>
> (d) reviewing the actions taken by the agency in relation to the child and the parent or guardian.

In accordance with subsection 10(5), the Chief Medical Examiner (CME) may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing

the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

In addition to the 47 reports (concerning 47 children) in which the CME made 124 recommendations concerning the services provided, reviews of the services provided to a further 26 children (encompassing 26 reports) were conducted. The Chief Medical Examiner made no recommendations in these 26 reports with respect to the services provided by the Agencies concerned.

The following recommendations from 47 reports have been combined into categories.

	No.	Totals
Office of the CME		
(These recommendations deal with services to the Office of the Chief Medical Examiner.)		
That the Office of the Chief Medical Examiner be provided with requested files and that the files be provided in Winnipeg.	7	
		7
Agency Case Management		
(These recommendations refer to an Agency's services in general.)		
That an Agency ensure service to families is based on assessments of need and an examination of facts known to the Agency.	1	
That an Agency review its practice of sending letters clarifying its position to clients who are known to be illiterate.	1	
That an Agency not employ as support workers, community members who have open files with the Agency.	1	
That an Agency complete intake summaries, ongoing case summaries and closing summaries on cases.	1	
That an Agency ensure that all contacts around a case are documented in the file.	4	
That Child and Family Services (CFS) Provincial Program Standards for file recording, case planning and case management be met, including keeping information current and placing information on file regarding court proceedings.	3	
That when an Agency learns a custodial parent will be reuniting with an abusive partner, the Agency remain involved to ensure the safety of the children.	1	
That an Agency ensure that there is supervisory input into decisions to close files and that when families with unresolved child welfare concerns relocate outside its jurisdiction, a referral is made to the appropriate mandated agency.	1	
That an Agency record the outcomes of its treatment plans when closing files, including the input of collateral agencies or private practitioners.	1	
That an Agency review its policy on closing files to ensure that files are not closed prior to service provision being completed.	1	
That an Agency provide crisis response services to teens in its catchment area.	1	
That an Agency ensure workers ask for identification when providing service to persons not fluent in either official language.	1	
That an Agency explore the possibility of purchasing a home in Winnipeg for visits between parents and children (rather than using hotels).	1	

That an Agency determine if a sexual offender lives with his mother, a foster parent, and share that information with another Agency.	1
That an Agency complete assessments of families to whom it provides service.	1
That an Agency develop new case plans when it is clear that there has been no demonstrable change in families.	1
That an Agency follow up on concerns expressed by the community about problems in a family.	1
Than an Agency complete file recording and transfer cases according to Program Standards.	1
That an Agency ensure that the decisions of local committees do not take precedence over the Agency's mandated responsibility for child protection.	2
That when families with reported solvent abuse relocate, an Agency refer them to the appropriate mandated agency.	1
That an Agency comply with provincial standards in all child protection matters.	1
That an Agency provide services to minors charged with particular criminal offences.	1
That an Agency ensure that, when service has been provided to a child or family, files are opened and maintained in accordance with provincial Program Standards.	1
That an Agency terminate service and close files as required in the Program Standards.	2
	31

Agency Staffing Issues

That Agency staff receive training enabling them to deliver service that meets Program Standards.	1
That an Agency ensure its employees and foster parents are of reputable character.	1
That an Agency's provision of mental health services, including staff training, is evaluated by a qualified mental health practitioner.	1
That an Agency review its hiring practices to ensure that qualified workers are hired for a particular service area.	1
	4

Agency Actions in Abuse and Neglect Cases

(These recommendations refer to both specific cases and Agency practice in general.)

That an abuse investigation be completed in a particular case.	1
That cases where heightened risk of abuse or neglect has been identified be transferred and assigned to a worker without delay	1
That a parent undergo a forensic assessment of the risk for reoffending and that a family assessment be undertaken, also.	1
That an Agency exercise caution when using interpreters in family violence cases and that female interpreters and social workers work with women from cultures denying equality rights to women, whenever possible.	1
That an Agency review its procedures for abuse investigations to ensure that disclosures are investigated properly.	1

That an Agency conduct a risk assessment on a particular family. 1

That an Agency ensure the conduct of investigations does not take second place to other concerns. 1

That an Agency ensure investigations conducted outside its abuse unit meet a uniform standard in accordance with documented procedures. 1

That an Agency's Child Abuse Committee review an incident of physical abuse. 1

That an Agency complete an assessment of a parent and deal with past physical abuse by that parent before returning children. 1

That casework is conducted according to Program Standards with particular attention to monitoring and corresponding recordings. A family history, assessment and plan are required. 1

That an Agency clearly document all the abuse investigations it conducts. 1

That an abuse incident be referred to an Agency's Abuse Committee at the completion of a criminal trial. 1

That an Agency place an alert on the Child and Family Services Information System with respect to an individual. 1

That concerns about former foster parents be presented to an Agency's Child Abuse Committee for consideration of an application to register on the Child Abuse Registry. 1

That an incident involving the sexual assault of a child be reviewed by an Agency's Abuse Committee for consideration of an application to register the alleged offender on the Child Abuse Registry. 5

That an Agency investigate whether a relative sexually abused a child. 1

That an Agency monitor children in a home where there is known solvent abuse. 1

That an Agency determine whether the deceased child was sexually assaulted in the past and take appropriate action in dealing with the alleged offender. 1

That an Agency advise the provincial Child Protection Branch (CPB) of its difficulties in dealing with a foster family in another province and that the appropriate government agency in that province be alerted as to these difficulties. 1

24

Agency Actions in Specific Cases

(These recommendations refer to actions with respect to particular families or children.)

That the Agency undertake a comprehensive assessment of a family's situation with reference to Section 17 of the CFS Act. 3

That the Agency review the involvement of an individual with siblings of a deceased child. 1

That an Agency enter case recordings onto the Child and Family Services Information System including a current investigation. 1

That an Agency complete a safety assessment of particular family members and any persons providing child care or support to a family. 1

That an Agency implement its own service recommendation for a family without delay. 1

That the current situation of a particular child or children be assessed. 5

That the Agency update family data on the Child and Family Services Information System. 1

That an Agency ensure that surviving family members receive treatment to deal with concerns identified by the Agency and that a referral for service be made if the family leaves the community. 1

That additional information is obtained about the conflict between two families. 1

That an Agency become involved with a parent if that person seeks access to a child and that specific action taken to determine if treatment was sought and what outcomes were achieved. 1

That an Agency maintain its file on the family in accordance with Program Standards. 1

That an Agency complete a family assessment with particular focus on the wellbeing of one parent. 2

That a fetal alcohol syndrome assessment is conducted with a child. 1

That an Agency's policy on the reopening of recently closed files is reviewed with a worker by a supervisor. 1

That an Agency formulate a plan for the long-term protection of surviving siblings. 1

That an Agency prepare a family history and a current status report to determine if the family of the deceased child requires additional service. 1

That an Agency provide therapeutic services to a family in which more than one child committed suicide and another attempted suicide. 1

That a parent-child assessment be undertaken with respect to children remaining in a parent's care. 2

26

Children in Care

(These recommendations are specific to an Agency's service to children in foster care.)

That children are discharged from foster care only when the identified child protection concerns have been addressed, taking into account the reports of intake, abuse and other specialist workers and after direct observation of the family by the worker closing the file. 3

That children receive the mental health services recommended by mental health professionals consulted by the Agency and that decisions to disregard such recommendations occur only after a second opinion is sought. 1

That medical professionals providing care for children in Agency care be provided with all relevant documents in the Agency's possession 1

That adolescents in care are provided with birth control information. 1

That an Agency involved with a family ensure that its child in care files are maintained according to Program Standards. 3

That Agencies ensure that professional counselling agencies provide written reports with respect to therapeutic services for children in care. 1

That an Agency obtain specific information about prospective foster parents' views of physical discipline and the extent of their use of alcohol and/or other intoxicants or drugs. 1

That an Agency complete foster home studies in a timely manner. 1

That two Agencies complete thorough home studies for child specific placements. 1

That a relative providing care be assessed as to parenting capacity. 1

That the Agency not use as foster parents individuals who have been convicted of crimes (e.g. assault) incompatible with providing quality foster care until those individuals obtain a pardon. 1

That an Agency ensure Program Standards are met with respect to the licensing of foster homes. 1

16

Provincial Support Services to Agencies

(These recommendations suggest provincial policy changes.)

That the CPB provide training about the dangers experienced by women and girls from cultures in which females do not have equality rights. 1

That the CPB implement a policy about accurate identification of persons not fluent in either official language. 1

That the CPB review specialized placements to determine what supports can be put into place for children displaying a particular pattern of high needs. 1

3

Recommended Provincial Actions Regarding Agencies

(These recommendations deal with provincial action regarding specific Agencies.)

That the CPB ensure that the Agency providing service to a family undertakes a thorough assessment of the family's functioning to inform the case plan. 1

That the CPB review the history of an Agency's involvement with a family. 1

That the CPB review the provision of mental health services to children, particularly those from First Nations. 1

3

Expectant and Minor Parents

(These recommendations deal with services to children who are parents.)

That an Agency ensure that a birth alert is issued for transient minor parents without appropriate post-natal supports. 1

That an Agency provide adolescent parents with services as described in Part II of The Child and Family Services Act 1

2

Inter Agency Actions

(These recommendations refer to actions involving two or more Agencies.)

That an Agency make referrals to other Agencies on behalf of relocating families who require service. 1

That an Agency reopen its file on a family and provide service in partnership with another mandated Agency. 1

That two Agencies having ongoing involvement with a family share their information to ensure that files are accurate and complete. 1

That an Agency communicate to another Agency its decision not to use a particular foster home and the reasons for that decision. 1

4

Agency Contacts and Actions Regarding Collateral Services

(These recommendations refer to interactions with other service providers.)

That an Agency convene a systems meeting for "helpers" involved with a family and develop a plan to monitor and support family members.	1	
That the Agency ensure that a non-mandated agency regularly reports on services provided to the family of a deceased child.	1	
		2

Province Wide Actions Concerning Services

(These recommendations suggest province wide changes to the child welfare system.)

That the CPB develop criteria for service provision to families referred for assistance after multiple births.	1	
That the CPB require Agencies to respond to service requests due to multiple births within 24 hours.	1	
		2

Total	**124**

For more information or additional copies of this report,
please contact:

Office of the Chief Medical Examiner
210-1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6

Tel: 204-945-2088
Fax: 204-945-2442

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2002

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Justice Manitoba
Manitoba Justice

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2002

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Table des matières

Historique des fonctions de médecin légiste	1
Introduction	2
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2002	4
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	6
Homicides	6
Suicides	7
Morts accidentelles	9
Morts dont la nature est inconnue	10
Morts naturelles	11
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	12
Résumé des morts d'enfants	12
Syndrome de mort subite du nourrisson	13
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	14
Enquêtes	17
Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 2002	18
Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge	38
Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille en 2002	40

Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexpliquées.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster de 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête du coroner. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou d'homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel du Canada* en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

La loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicales et légales. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil,* le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. Certains décès dans les hôpitaux et établissements font aussi l'objet d'enquêtes lorsque des particuliers qui y ont séjourné sont morts dans les 24 heures suivant leur admission, dans les 10 jours suivant une chirurgie ou lorsqu'ils étaient sous anesthésie ou s'en remettaient. Les enquêtes portent aussi sur les décès de patients involontaires ou de résidents d'un foyer de soins personnels. Conformément à la législation, le médecin légiste en chef examine aussi les services fournis aux enfants décédés et (ou) à leurs parents ou tuteurs par les Offices des services à l'enfant et à la famille (SEF).

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,15 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 13 employés permanents : un directeur, six enquêteurs auprès du médecin légiste, un enquêteur spécial chargé d'examiner les SEF, un statisticien et quatre secrétaires administratives. Un second enquêteur spécial est venu prêter main-forte à l'examen des SEF requis par la législation. On a recours aux services de 32 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement.

Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson, les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface. Pour les affaires criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2002, 5 935 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 60 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances du décès. Dans bien des cas, la

Gendarmerie royale du Canada et le service de police local ont aidé les médecins légistes à progresser dans leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, le Bureau procède non seulement à une enquête telle que requise par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais examine aussi les mesures prises par les offices des SEF qui ont fourni des services à l'enfant ainsi qu'à ses parents ou tuteurs. Cet examen fait aussi l'objet d'un rapport confidentiel remis au ministre des Services à la famille et du Logement.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DES CAS – 2002

Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes	**1 592**
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes	**4 343**
Total	**5 935**

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DES CAS DE 1988 À 2002

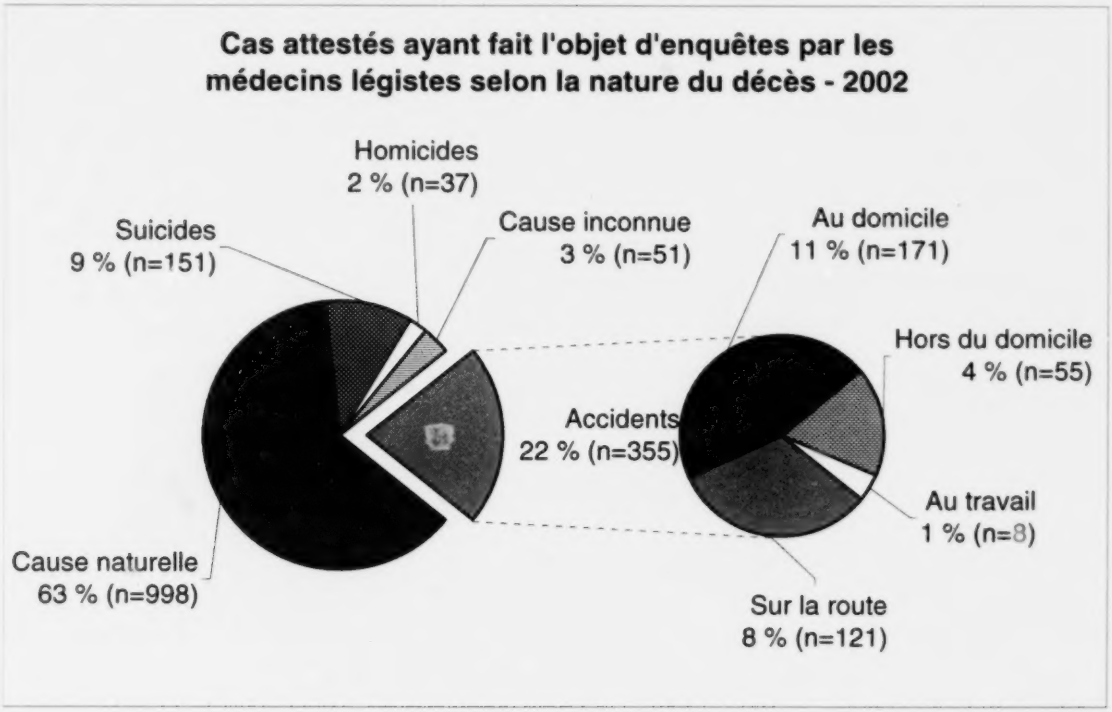
ANNÉE	TOTAL
1988	2 541
1989	2 582
1990	2 633
1991	2 713
1992	2 741
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999	5 567
2000	5 590
2001	5 804
2002	5 935

Nota – Depuis le rapport annuel de 1999, le nombre total de cas répertoriés dans le résumé de l'ensemble des cas comprend tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes et les cas examinés par les enquêteurs du médecin légiste. Ces totaux n'incluaient pas certains cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, parce qu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

NATURE DU DÉCÈS	RÉGION URBAINE	RÉGION RURALE	TOTAL
Cause naturelle	3 814	1 527	5 341
Accidents au domicile	129	42	171
Accidents de la route	41	80	121
Accidents hors du domicile	33	22	55
Accidents au travail	3	5	8
Suicides	79	72	151
Homicides	25	12	37
Cause inconnue	40	11	51
TOTAL	**4 164**	**1 771**	**5 935**

Nota – Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pourraient être considérées comme des « régions urbaines ».


Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes selon la nature du décès - 2002
Homicides 2 % (n=37)
Suicides 9 % (n=151)
Cause inconnue 3 % (n=51)
Au domicile 11 % (n=171)
Hors du domicile 4 % (n=55)
Accidents 22 % (n=355)
Au travail 1 % (n=8)
Cause naturelle 63 % (n=998)
Sur la route 8 % (n=121)

CATÉGORIES DE DÉCÈS
AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	19	6	25
Région rurale	8	4	12
Total	**27**	**10**	**37**

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

	Âge							
Méthode	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**Over 60**	**Total**
Arme à feu	0	0	2	1	0	0	0	3
Arme contondante, violence	0	0	1	3	3	2	1	10
Arme tranchante, coupure	0	3	4	6	2	0	0	15
Enfant battu (syndrome du nourrisson secoué)	2	0	0	0	0	0	0	2
Strangulation	1	2	0	1	0	0	0	4
Autre	0	1	0	0	0	0	2	3
Total	**3**	**6**	**7**	**11**	**5**	**2**	**3**	**37**

SUICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	45	34	79
Région rurale	61	11	72
Total	**106**	**45**	**151**

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

	Âge								
Sexe	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**> 80**	**Total**
Hommes	15	25	16	18	17	5	5	5	106
Femmes	7	9	11	8	1	7	2	0	45
Total	**22**	**34**	**27**	**26**	**18**	**12**	**7**	**5**	**151**
Taux par 100 000 hab.	**13,13**	**22,44**	**16,45**	**14,46**	**13,23**	**13,79**	**9,82**	**10,93**	**13,06**

Nota - Le « taux par 100 000 habitants » est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 2002 (source : Rapport sur la population du Manitoba; Santé Manitoba).

MÉTHODES DE SUICIDE

Méthode	Hommes	Femmes	Total	Total en pourcentage
Pendaison/Strangulation	55	26	81	53,6 %
Surdose de drogue	11	13	24	15,9 %
Armes à feu	17	0	17	11,3 %
Oxyde de carbone	9	2	11	7,3 %
Automutilation	5	2	7	4,6 %
Noyade	2	1	3	2,0 %
Saut dans le vide	3	0	3	2,0 %
Autre	4	1	5	3,3 %
Total	**106**	**45**	**151**	**100,0 %**

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	5	7	12
Février	7	7	14
Mars	3	4	7
Avril	6	3	9
Mai	9	2	11
Juin	7	5	12
Juillet	3	8	11
Août	16	13	29
Septembre	6	8	14
Octobre	6	5	11
Novembre	7	2	9
Décembre	4	8	12
Total	**79**	**72**	**151**

MORTS ACCIDENTELLES

Accidents non routiers

Lieu de travail	Région urbaine	Région rurale	Total de décès
Secteur de la pêche	0	2	2
Secteur du transport	1	1	2
Secteur de la fabrication	1	0	1
Secteur de la construction	0	1	1
Secteur agricole	0	1	1
Autre	1	0	1
Total	**3**	**5**	**8**
Au domicile			
Chutes	79	15	94
Surdose (drogue ou alcool)	30	10	40
Inhalation de fumée	5	12	17
Asphyxie	6	2	8
Noyade	3	1	4
Brûlure, ébouillantage	4	0	4
Armes à feu	0	1	1
Coup de chaleur	1	0	1
Hypothermie	1	0	1
Asphyxie par compression	0	1	1
Total	**129**	**42**	**171**
Ailleurs			
Noyade	2	8	10
Chutes	16	3	19
Drogue, alcool	6	2	8
Exposition	4	4	8
Empoisonnement au CO2	3	1	4
Chasse	0	1	1
Accident thérapeutique	1	0	1
Animal (non lié à un AVA)	0	2	2
Brûlure	1	0	1
Asphyxie	0	1	1
Total	**33**	**22**	**55**
Total, accidents non routiers	**165**	**69**	**234**

Accidents de la route	Région urbaine	Région rurale	Total de décès
Deux véhicules	11	29	40
Un seul véhicule	6	28	34
Véhicule et piéton	7	5	12
Véhicule et objet fixe	8	3	11
Motoneige	1	3	4
Motocyclette	2	2	4
Véhicule et motocyclette	1	2	3
Véhicule et train	1	2	3
Plusieurs véhicules	1	2	3
Véhicule et cycliste	0	2	2
Train et piéton	2	0	2
Autobus et piéton	1	1	2
Animal et véhicule	0	1	1
Total	**41**	**80**	**121**
Total, accidents non routiers	**165**	**69**	**234**
Total, accidents de la route	**41**	**80**	**121**
Total, morts accidentelles	**206**	**149**	**355**

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Homme	Femme	Total
Surdose (drogue ou alcool)	7	4	11
Aucune cause physique connue	8	9	17
Blessures multiples	6	0	6
Syndrome de mort subite du nourrisson	1	2	3
SUID	2	1	3
Noyade	2	0	2
Autre	4	5	9
Total	**30**	**21**	**51**

MORTS NATURELLES

Cas attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Maladie du coeur	375	177	552
Maladie pulmonaire	76	60	136
Hémorragie	62	49	111
Postopératoire	28	16	44
Péritonite	8	6	14
Cause non anatomique	2	2	4
Peropératoire	3	1	4
Épilepsie	4	0	4
Vieillesse	1	1	2
Méningite	2	0	2
Problème thérapeutique	1	1	2
Autre	46	53	99
Total	**619**	**379**	**998**

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un an	5	8	13
1-9	2	3	5
10-19	9	3	12
20-29	4	2	6
30-39	17	13	30
40-49	56	20	76
50-59	117	45	162
60-69	143	75	218
70-79	141	97	238
80-89	105	88	193
90-99	18	24	42
Plus de 100 ans	2	1	3
TOTAL	**619**	**379**	**998**

RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

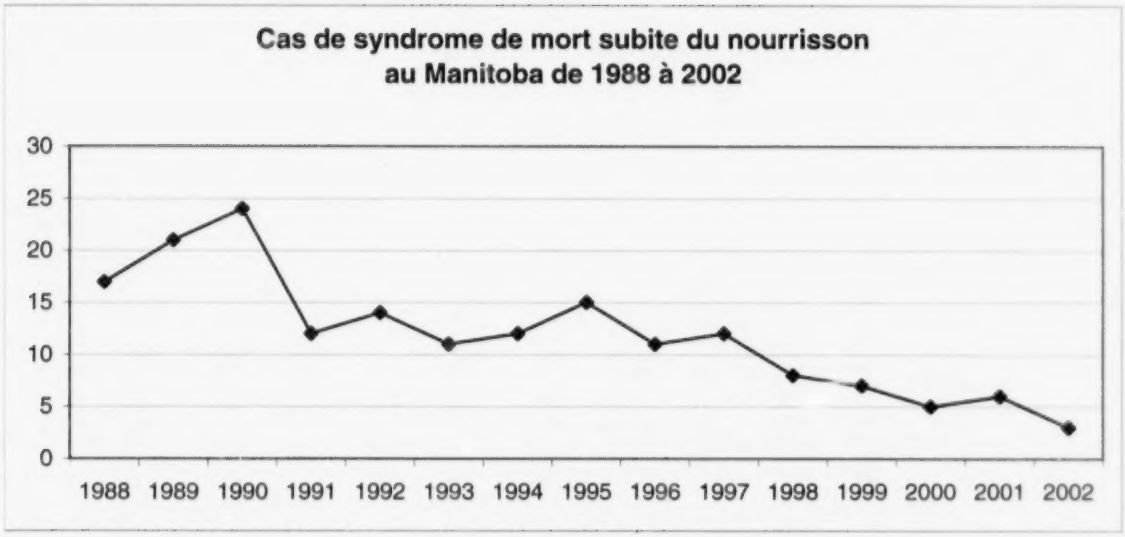
Nature du décès	Hommes	Femmes	Total
Causes naturelles*	30	47	77
Causes naturelles**	945	1 637	2 582
Accidents au foyer	17	29	46
Accidents hors du foyer	0	0	0
Accidents de la route	0	0	0
Accidents au lieu de travail	0	0	0
Suicides	2	0	2
Homicides	0	0	0
Cause inconnue	0	2	2
Total	**994**	**1 715**	**2 709**

* attestés par un médecin légiste
** examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS (De 0 à 17 ans inclusivement)

Nature du décès	Garçons	Filles	Total
Causes naturelles*	15	14	29
Causes naturelles**	37	32	69
Accidents au domicile	5	2	7
Accidents hors du domicile	5	0	5
Accidents de la route	13	6	19
Suicides	9	5	14
Homicides	6	1	7
Cause inconnue	5	6	11
Total	**95**	**66**	**161**

Nota - 3 cas de syndrome de mort subite du nourrisson sont inclus dans la catégorie causes inconnues.
* attestés par un médecin légiste
** examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste

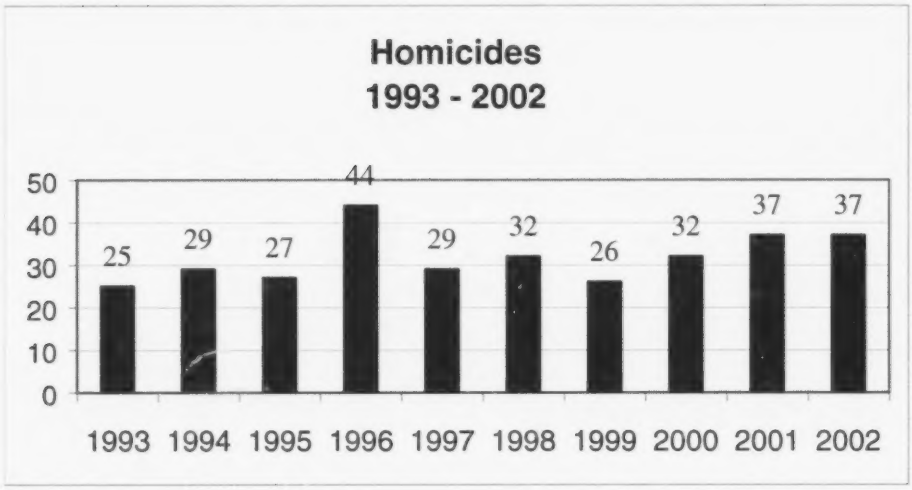


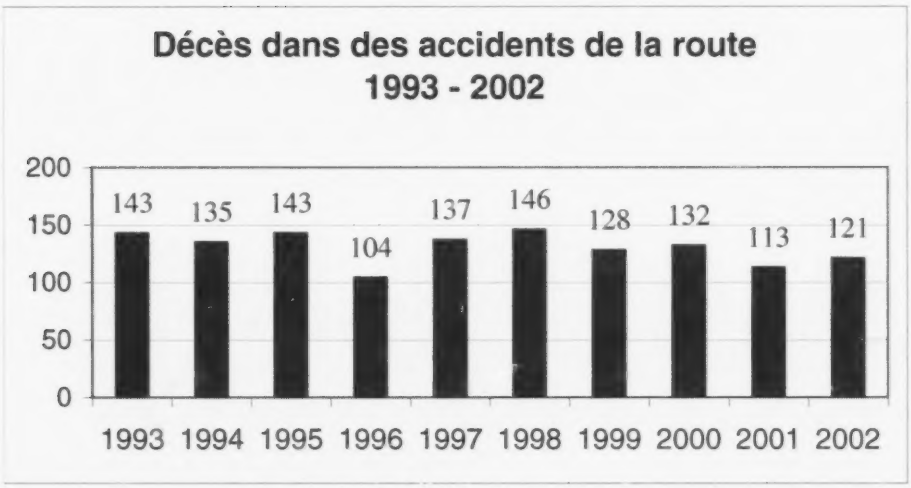
L'incidence globale du syndrome de mort subite du nourrisson est de 1 cas sur 4 780 naissances vivantes. Bien que le syndrome puisse apparaître à n'importe quel moment durant la première année de la vie, c'est au cours des quatre premiers mois qu'il touche le plus de nourrissons au Manitoba.

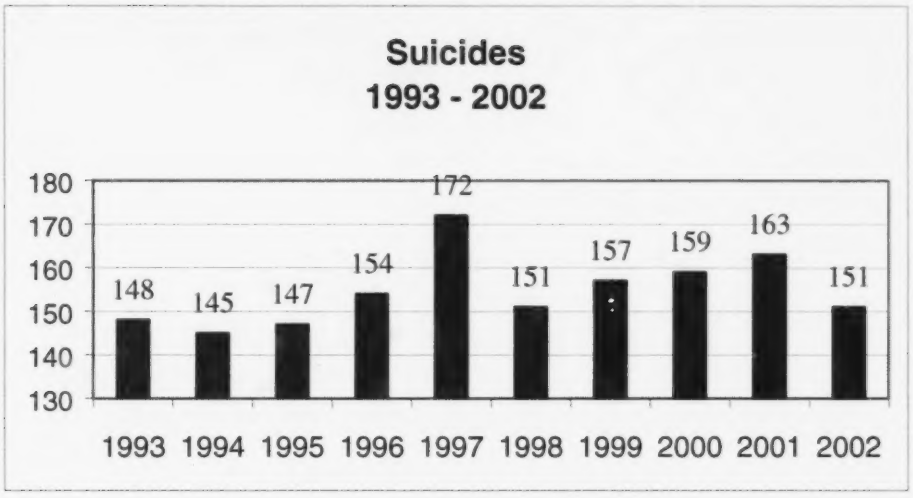
SYNDROME DE MORT SUBITE DU NOURRISSON AU MANITOBA EN 2002

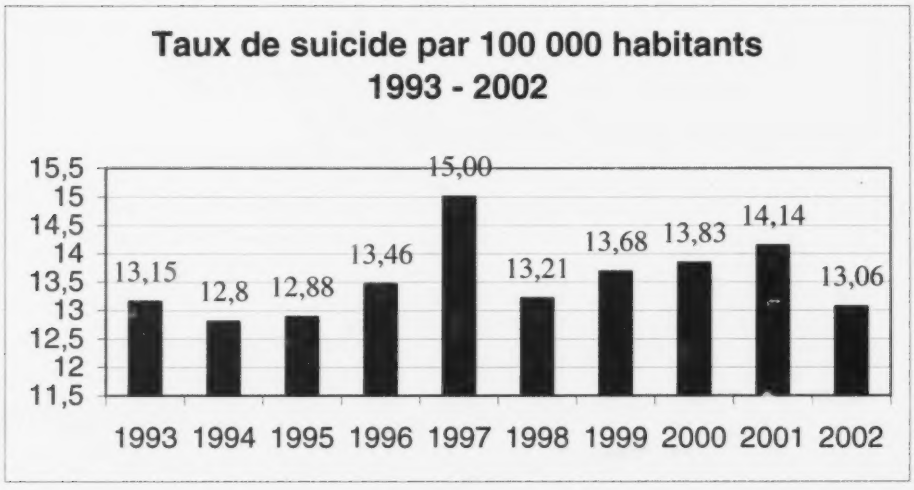
Groupe d'âge	0 à 4 mois	5 à 8 mois	9 à 12 mois	Total
Janvier	0	0	0	0
Février	0	0	0	0
Mars	2	0	0	2
Avril	0	0	0	0
Mai	1	0	0	1
Juin	0	0	0	0
Juillet	0	0	0	0
Août	0	0	0	0
Septembre	0	0	0	0
Octobre	0	0	0	0
Novembre	0	0	0	0
Décembre	0	0	0	0
Total	**3**	**0**	**0**	**3**

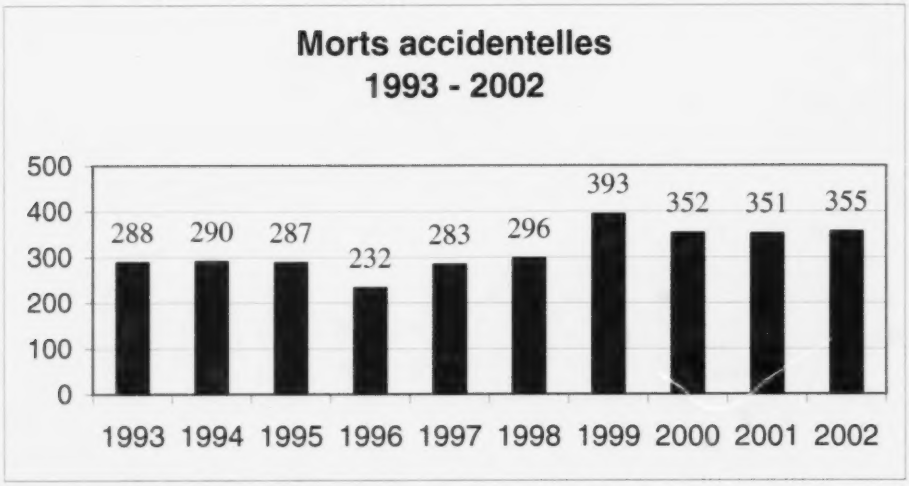
NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA
EXAMEN DE LA DÉCENNIE



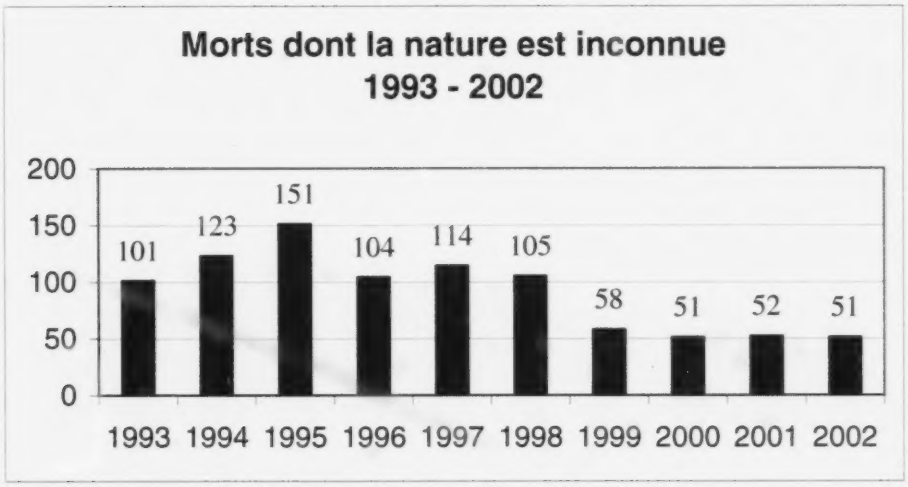



Suicides
1993 - 2002
180
170
160
150
140
130
148
145
147
154
172
151
157
159
163
151
1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002


Taux de suicide par 100 000 habitants
1993 - 2002
15,5
15
14,5
14
13,5
13
12,5
12
11,5
13,15
12,8
12,88
13,46
15,00
13,21
13,68
13,83
14,14
13,06
1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002



Nota - À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite de chutes, cette catégorie étant passée de mort naturelle à mort accidentelle.



ENQUÊTES

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2001	11
Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1er janvier au 31 décembre 2002	8
Rapports d'enquête soumis du 1er janvier au 31 décembre 2002	8
Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2002	11

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1er janvier au 31 décembre 2002)

Lieu de travail	Accidents	2
	Total	**2**
Police ou incarcération	Cause inconnue	1
	Accident	1
	Homicide	1
	Total	**3**
Hôpital ou établissement	Accident	1
	Suicide	1
	Total	**2**
Autre	Accident	1
	Total	**1**

Total des rapports d'enquête présentés en 2002 **8**

Résumé des recommandations des rapports d'enquête présentés en 2002

DOSSIER DES CAS N^{os} 2242, 2243 ET 2372/98

Cause du décès : Inhalation de fumée

Nature du décès : Accident

Circonstances : Le 15 septembre 1998, un incendie survenu au deuxième étage d'une résidence à deux étages de Winnipeg a coûté la vie à trois enfants de 3, 4 et 5 ans. L'incendie était attribuable à un ou des enfants ayant joué avec un briquet jetable. Au moment de l'accident, il y avait deux détecteurs de fumée fonctionnant à pile, mais il n'y avait aucune pile dedans.

Recommandations judiciaires :

1. À la suite de cet incendie, le règlement n^{o} 1322/76 a été modifié le 24 mars 1999. Dans les immeubles locatifs, les détecteurs de fumée devaient être câblés, sauf dans le cas des installations existantes non câblées, s'il s'agissait de détecteurs de fumée inviolables munis d'une pile au lithium d'une durée de dix ans, considérés comme une alternative acceptable par les autorités responsables. Il est recommandé d'adopter un règlement faisant état des détecteurs de fumée qui conviennent aux immeubles locatifs, afin que les consommateurs reconnaissent plus facilement les détecteurs de fumée qui satisfont aux critères de la Ville.

2. Après le 24 mars 1999, on a modifié le règlement sur la prévention des incendies en ce qui a trait aux emplacements des alarmes incendies susceptibles de causer de fausses alarmes. Les alarmes doivent être à au moins trois pieds de la porte d'une salle de bains et celles se trouvant à moins de 10 pieds d'une salle de bains doivent être munies d'un bouton de pause, pour les empêcher temporairement de se déclencher sans pour autant les rendre inopérantes.

3. Les normes de sécurité fédérales sur les briquets à l'épreuve des enfants sont à revoir. Seule la vente de briquets dont les dispositifs de sécurité empêchent 98 % des enfants de 42 à 45 mois de les allumer devrait être autorisée en vertu de la législation fédérale.

4. Un protocole devrait être créé afin d'assurer un échange constant de renseignements entre le Service d'incendie et de soins médicaux d'urgence, le Bureau du commissaire aux incendies et Santé Canada quant au rôle des briquets à l'épreuve des enfants approuvés par le gouvernement fédéral dans les incendies allumés par des enfants.

5. Le Code de prévention des incendies du Manitoba devrait être modifié afin d'obliger l'installation et le maintien de portes dans les chambres à coucher de toutes les

résidences occupées par les propriétaires ou des locataires, afin d'éviter que la chaleur, la fumée et les flammes ne se propagent en cas d'incendie.

6. Dans le cas d'un immeuble locatif, le propriétaire ou son agent devrait être obligé de réparer ou de remplacer un détecteur de fumée ne fonctionnant pas avant 22 h le jour où il reçoit un avis à cet effet, s'il a été avisé au moins huit heures à l'avance. Si ce n'est pas le cas, le propriétaire ou son agent aurait jusqu'à midi le lendemain pour effectuer la réparation ou procéder au remplacement.

7. Les administrations locales et municipales de la province du Manitoba autres que la Ville de Winnipeg devraient adopter les normes promulguées par celle-ci se rapportant aux types de détecteurs de fumée et à leur installation dans les immeubles locatifs.

8. Des programmes d'inspection et d'éducation devraient être mis sur pied par le Service d'incendie et de soins médicaux d'urgence pour les maisons individuelles et les duplex, afin de mieux se conformer au Code de prévention des incendies et aux règlements afférents concernant ces types d'habitation.

9. Le programme « Protégez-vous du feu » de la National Fire Prevention Association devrait être offert dans toutes les divisions scolaires provinciales, afin de sensibiliser les jeunes aux dangers liés au fait de jouer avec le feu. Il convient toutefois de noter que ce programme, qui s'adresse aux enfants de 5 à 14 ans, n'aurait pas rejoint deux des trois enfants impliqués dans l'incendie en cause. Puisque que des comportements liés au feu, notamment l'utilisation d'allumettes et de briquets, sont observés chez des enfants aussi jeunes que deux ans et moins, il est fortement recommandé de créer et de mettre en œuvre un programme du genre adapté pour les enfants de 2 à 5 ans.

10. Les organismes concernés devraient sensibiliser davantage les enfants aux dangers du feu et souligner aux adultes l'importance d'être plus vigilants quand ils utilisent ou rangent des allumettes et des briquets. Ils devraient aussi souligner les dangers liés à la manipulation des détecteurs de fumée, de même que l'importance de leur bon entretien.

11. On devrait créer un document unifiant trois formules existantes concernant les détecteurs de fumée, qu'il serait obligatoire de remplir, de distribuer et de classer. Il faudrait remplir le document au début de chaque bail (ou, dans le cas d'un bail existant, à un moment fixé par la législation) et tous les ans par la suite. On y préciserait le type de chaque détecteur de fumée utilisé et son emplacement dans l'immeuble locatif, la date de son installation et de sa mise à l'essai, ainsi que les droits et obligations des propriétaires et des locataires à ce chapitre. Le document signalerait clairement les dangers liés à toute forme de manipulation et de désactivation des détecteurs de fumée. Il serait signé par le propriétaire et le locataire, confirmant ainsi qu'ils l'ont bien lu et compris et qu'ils considèrent son contenu comme exact. Tel que mentionné précédemment, le règlement sur la prévention des incendies devrait être modifié afin d'obliger le propriétaire à remettre une copie de ce

document dûment remplie à la Direction de la prévention des incendies et une autre copie au locataire. La Direction disposerait ainsi d'une preuve écrite de la conformité au règlement, qui confirmerait aussi que les locataires ont été mis au courant de tous leurs droits et obligations ayant trait au(x) détecteur(s) de fumée se trouvant dans leur résidence, et qu'ils savent où se trouve chaque appareil. S'il avait fonctionné, le détecteur de fumée du deuxième étage, qui se trouvait près de l'origine de l'incendie, aurait pu avertir de l'imminence d'une tragédie et ainsi la prévenir. Peu importe que ce détecteur eût pu éviter ou non le drame s'il avait fonctionné, quand on sait que les incendies allumés délibérément comme celui-ci se propagent à une telle vitesse que le détecteur de fumée se déclenche parfois trop tard, il n'en demeure pas moins que si un locataire connaît l'existence et l'emplacement d'un détecteur de fumée, cela peut avoir un effet significatif sur sa mise à l'essai régulièrement et son maintien en état de marche.

12. Il faudrait adopter un règlement qui identifierait les types de détecteurs de fumée jugés acceptables par la Ville de Winnipeg pour les immeubles locatifs.

DOSSIER DU CAS N° 1230/99

Cause du décès : Surdose de cocaïne

Nature du décès : Accident

Circonstances : Un homme de 27 ans avait consommé une grande quantité de cocaïne, probablement par injection, qui l'avait gravement intoxiqué. L'homme était agité et intoxiqué à un point tel que la police l'avait arrêté en vertu de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété.* On l'a alors amené au centre de désintoxication situé au 75 de la rue Martha et mis dans une cellule pour qu'il reprenne ses esprits. Mais son état a empiré et on a dû le conduire en ambulance au Centre des Sciences de la Santé pour qu'il soit traité. Il est mort de surdose de cocaïne quelques heures plus tard.

Recommandations judiciaires :

1. Le Service de Police de Winnipeg s'est bien comporté avec le défunt dans les circonstances. Il est cependant recommandé de faire prendre conscience aux policiers, dans le cadre d'une formation continue, que les personnes intoxiquées à la cocaïne peuvent être en danger et nécessiter des soins médicaux.

2. Les soins prodigués au défunt au centre de désintoxication du Main Street Project étaient acceptables. Les recommandations qui suivent peuvent toutefois aider le

personnel de garde à déterminer plus rapidement si un client en désintoxication connaît des ennuis.

a) Que des caméras vidéo soient installées dans au moins une partie des cellules du Main Street Project, afin d'assurer une surveillance plus étroite des personnes gravement intoxiquées.

b) Que les employés du Main Street Project affectés au centre de désintoxication suivent une formation donnée par du personnel médical qui les aiderait à reconnaître les personnes intoxiquées nécessitant des soins médicaux.

c) Que les employés du Main Street Project reçoivent une formation leur permettant de reconnaître les personnes ayant consommé une quantité de drogues pouvant mettre leur vie en danger.

d) Que des matelas soient fournis à toutes les personnes logées au centre de désintoxication, sauf si une raison valable expliquant le retrait d'un matelas a été consignée dans le registre.

DOSSIER DES CAS N^{os} 343/00 ET 44/00

Cause du décès : Coups de couteau

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Au cours d'une même soirée, deux sœurs ont fait cinq appels au service d'urgence 911 pour exprimer leurs craintes au sujet d'un ex-conjoint de l'une d'elles qui tentait d'entrer dans leur résidence. Quand la police est arrivée après le cinquième appel, elles avaient été poignardées à mort.

Mandat de l'enquête :

1. répondre aux inquiétudes au sujet du fonctionnement et de la gestion du centre de communication du SPW et du service 911 pour répondre aux appels pour violence conjugale et agression, comme ceux logés par les défuntes les 15 et 16 février 2000;

2. examiner le fonctionnement et la gestion du centre de communication du SPW et du service 911 pour assurer une intervention policière à temps à la suite d'appels pour violence conjugale et agression comme ceux logés par les défuntes les 15 et 16 février 2000;

3. recommander d'autres procédures, précautions ou mesures possibles pour éviter d'autres décès dans des circonstances similaires.

Recommandations judiciaires :

En plus de recommandations variées concernant divers sujets, le juge a fait une grande recommandation générale :

1. **QUE L'ON PROCÈDE À UN EXAMEN EN PROFONDEUR DU CENTRE DE COMMUNICATION, Y COMPRIS DES SUJETS ET DES QUESTIONS ÉNONCÉS POUR ASSURER CONTINUELLEMENT UN BON RENDEMENT AU TRAVAIL, EN PARTICULIER À L'ÉGARD DES APPELS POUR VIOLENCE CONJUGALE.**

Cet examen détaillé devrait inclure les recommandations suivantes :

Descriptions de travail

2. Que toutes les descriptions de travail au centre de communication soient réévaluées, afin de voir si les rôles et les tâches assignés aux divers postes sont pertinents et clairement décrits et si les responsabilités et les liaisons hiérarchiques sont bien définies.

Équipe de gestion

3. Que « l'équipe de gestion » et la structure du centre de communication soient examinées officiellement, afin de s'assurer que les attentes envers « l'équipe de gestion » sont réalistes et que le nombre de membres est suffisant et convient pour assurer le bon fonctionnement du centre.

4. Que l'on songe à reconfigurer « l'équipe de gestion » de façon à y inclure un directeur administratif, un directeur de l'assurance de la qualité et un coordonnateur de la dotation.

Inspecteurs de service

5. Que l'école de police du Service de police de Winnipeg assure à tous les inspecteurs de service une formation officielle obligatoire visant notamment à déterminer si les appels classés « priorité 1 » et « E » devraient faire l'objet d'un examen relativement à cette priorité.

Dotation

6. Que l'on examine attentivement les besoins en dotation du centre de communication, en déterminant notamment si le nombre optimal est 8, 10, 12 ou 14.

7. Que l'on songe en cours d'examen à porter à 3 le nombre de répartiteurs par quart.

8. Que l'on se penche en cours d'examen sur les efforts visant à porter à 18 le nombre d'employés occasionnels.

9. Que l'on ajoute un SPCO (policier agissant comme standardiste principal) par quart et que l'on détermine en cours d'examen s'il devrait devenir vérificateur de la qualité ou appuyer ce dernier.

10. Que le poste désigné de préposé au service 911 soit comblé en tout temps.

11. Que les échanges de quarts soient abolis.

Formation initiale

12. Que la division de la formation du Service de Police de Winnipeg administre et offre les programmes de formation aux titulaires de postes de téléphonistes, de répartiteurs et de SPCO au centre de communication, afin d'assurer la responsabilisation et l'uniformisation de la formation et ainsi alléger la tâche du personnel du centre de communication.

13. Que l'on détermine en cours d'examen si le personnel du centre de communication continuera de superviser les nouveaux employés étant donné les contradictions apparentes dans leur formation et leur interprétation des politiques et des méthodes, ou si cette tâche sera confiée à la division de la formation.

14. Que la division de la formation examine le plan de cours du centre de communication, afin de s'assurer que l'information et les méthodes enseignées sont exactes, cohérentes et pertinentes. Il est tout aussi crucial que les documents de formation soient conformes aux politiques et aux méthodes du Service de Police de Winnipeg, notamment à la politique en matière de violence familiale. Les exceptions, s'il y en a, doivent être clairement identifiées. Ces documents devraient être mis à jour régulièrement.

Formation continue

15. Que la responsabilité de la formation continue et du perfectionnement professionnel soit transférée en permanence à l'école de police du Service de police de Winnipeg, afin d'assurer la responsabilisation et l'uniformisation de la formation et ainsi alléger la tâche du personnel du centre de communication.

16. Que la division de la formation élabore et propose en permanence sur une base régulière un programme de perfectionnement professionnel obligatoire au personnel du centre de communication.

17. Que la division de la formation coordonne une série de séances de formation de base obligatoires portant entre autres sur les sujets suivants :
    - les méthodes de prévention de la violence familiale et conjugale existantes qui s'appliquent;
    - la sensibilisation à la réalité autochtone et aux différences culturelles;
    - les ordonnances des tribunaux et le rôle de la police dans l'exécution de la loi;
    - la gestion du stress;
    - les procédures à suivre en cas de catastrophe;
    - la prévention du suicide;
    - la formation à l'intérieur d'une unité spéciale.

18. Que des séances de formation supplémentaires appropriées soient proposées après consultation du personnel du centre de communication.

19. Que le nombre de jours de récupération réservés à la formation dans une année soit examiné afin qu'un nombre optimal de jours de formation soit dispensé.

20. Que le personnel à temps partiel ou occasionnel participe à toutes les séances de formation obligatoires.

Communication

21. Que la praticabilité des réunions hebdomadaires des superviseurs soit examinée. « L'équipe de gestion » et tous les SPCO devraient notamment participer aux réunions du centre de communication afin de s'assurer que tous les sujets puissent être abordés au même moment et que toute nouvelle politique ou modification de politique puisse être diffusée et discutée pour assurer une constance dans la compréhension d'une demande.

22. Que des dispositions soient prises pour assurer la mise à jour dans un seul document de tous les guides des politiques et des méthodes du centre de communication, que ce document soit remis à chaque membre du personnel du centre de communication et disponible en ligne, et que l'exemplaire de référence soit gardé dans un lieu désigné bien en vue au centre de communication. Le personnel devrait être encouragé à garder son exemplaire à son poste de travail quand il sera en fonction.

23. Que toute révision d'une politique existante ou introduction d'une nouvelle politique soit annoncée à l'ensemble des employés en même temps que la mise à jour et la révision du guide des politiques et des méthodes.

24. Que les communiqués soient classés par sujets, accompagnés d'un index précisant la date de leur publication, afin d'avoir facilement accès aux mises à jour. Les communiqués qui ne portent pas sur des questions liées aux politiques ou aux méthodes devront être rangés dans une autre partie du classeur.

25. Qu'un certain nombre de forums soient organisés et tenus régulièrement en collaboration avec la division de la formation, afin que le coordonnateur responsable de l'assurance de la qualité ou de la gestion du risque tienne le personnel informé des changements touchant les politiques et les méthodes et que le personnel puisse ainsi interpréter les changements de la même manière.

Lieu de travail et influences externes : responsabilité

26. Que les responsabilités individuelles de chaque membre du personnel soient énumérées clairement.

Lieu de travail et influences externes : moral

27. Que les recommandations relatives à la dotation, à la formation et aux communications s'appliquent aux perceptions du personnel pouvant avoir une influence négative sur leur moral.

28. Que les obligations mutuelles des employés et de l'employeur soient évaluées.

29. Que le Service de police de Winnipeg et la Winnipeg Police Association élaborent conjointement une politique ou un protocole se rapportant au processus lié aux congés administratifs et qui prévoit notamment :
    - aviser le membre du personnel concerné;
    - expliquer la nature des avantages prévus;
    - fournir les raisons générales de son bien-fondé (enquête, mandat public, raisons probatoires);
    - faire état des possibilités de placement ailleurs au sein du Service de police de Winnipeg.

30. Que l'information concernant la politique et le protocole régissant les congés administratifs fasse partie de la formation initiale donnée à tous les employés du centre de communication.

Lieu de travail et influences externes : questions externes

31. Que les recommandations précédentes ayant trait à la formation, aux politiques et aux méthodes s'appliquent aussi ici.

32. Que l'on examine et réévalue la restriction du temps supplémentaire et l'annulation des périodes de repas, afin de s'assurer que la police répond à point nommé aux appels pour violence conjugale ou agression.

33. Que l'on entreprenne un examen de la politique faisant état des effets, sur la répartition, de parties de la convention collective concernant les autos et les périodes de repas, afin de s'assurer que la police répond à point nommé aux appels d'urgence.

34. Que l'examen comprenne une étude des influences externes sur le personnel.

Lieu de travail et influences externes : public

35. Que le Service de police de Winnipeg prépare et lance une campagne d'information et de sensibilisation publique sur l'utilisation adéquate du service 911 et de la ligne 986-6222, ainsi que sur les dangers des fausses alertes et des appels futiles.

36. Que l'on vérifie en cours d'examen s'il est réalisable ou possible de faire payer les personnes qui abusent du service 911 en vertu du Code criminel ou d'un règlement municipal.

37. Que l'on vérifie en cours d'examen s'il est réalisable ou possible de proposer un service 311 qui permet aux personnes qui font des appels non urgents de rejoindre le Service de police rapidement.

38. Que l'on se penche en cours d'examen sur la possibilité de rendre obligatoire l'affichage des numéros de téléphone et adresses à l'écran des téléphones cellulaires.

Réponse de la police

39. Que l'on vérifie en cours d'examen si les agents qui répondent à un appel pour violence familiale pourraient vérifier le nom de l'abonné dans le terminal mobile de transmissions des données avant de procéder aux autres vérifications d'usage du CIPC.

40. Que l'on vérifie en cours d'examen la pertinence d'élaborer une politique relative aux portes verrouillées qui sont forcées à la suite d'un appel au 911, notamment dans les situations où des animaux sont supposés être à l'intérieur.

41. Que l'on demande un avis juridique au sujet des motifs valables à invoquer pour inciter un ou des individus qui quittent un endroit d'où provient un appel 911 à s'identifier.

42. Que les incidences de la politique voulant que tous les appels pour violence conjugale soient classés « priorité 1 » fassent l'objet d'un examen en tenant compte des ressources de la police.

43. Que l'on offre et maintienne une formation à l'intention des SPCO et des inspecteurs de service relativement à la nouvelle priorité accordée aux appels pour violence conjugale (priorité 1 ou supérieure).

44. Que la politique interdivisionnaire adoptée en matière de répartition soit examinée afin de s'assurer que les ressources de la police sont pleinement utilisées dans tous les districts et qu'aucun district ne se retrouve sans auto-patrouille quand des véhicules sont disponibles ailleurs.

Politique et méthodes : violence familiale

45. Tel que mentionné dans les recommandations en matière de formation, que l'on élabore et présente une série de séances de formation de base obligatoires portant sur les méthodes de prévention de la violence familiale et conjugale existantes applicables, les ordonnances des tribunaux et le rôle de la police dans l'exécution de la loi.

46. Que l'on revoit la politique en place relativement à la priorité accordée aux appels pour violence conjugale (priorité 1 ou supérieure).

Types d'appels

47. Que tous les types d'appels soient analysés et évalués aux fins de clarté et d'exactitude.

48. Que l'information et la formation fournies par la division de la formation au sujet des types d'appels, en ce qui concerne notamment les appels pour violence conjugale et la violation des ordonnances d'un tribunal, soient dispensées à tout le Service de police de Winnipeg.

49. Que les renseignements au sujet des types d'appel fassent partie de la formation initiale et continue de toutes les divisions du Service de police de Winnipeg.

50. Que l'on détermine si la politique doit être considérée tout simplement comme une ligne directrice ou comme quelque chose que le personnel du centre de communication doit suivre à la lettre.

Priorité 2P

51. Que les recommandations au sujet d'un nouveau guide des politiques et des méthodes remis à chaque membre du personnel et disponible aussi en ligne, ainsi que des forums visant à tenir le personnel informé des changements touchant les politiques et les méthodes, soient prises en compte ici.

52. Tel que requis aux fins d'attestation, que l'ensemble des employés signe tous les ordres courants et généraux ainsi que les communiqués liés aux politiques et aux méthodes.

Politique en matière de violence familiale

53. Que l'on songe à ce que le Service de police de Winnipeg, en consultation avec d'autres services de police et les principaux intervenants au sein du gouvernement et dans la collectivité, revoient la politique en matière de violence familiale afin de

pouvoir élaborer des lignes directrices raisonnables concernant l'établissement des priorités liées aux appels pour violence conjugale.

54. Que l'on vérifie en cours d'examen s'il est réalisable que le Service de police de Winnipeg, en collaboration avec Justice Manitoba, divers organismes d'application de la loi et d'autres intervenants s'occupant de violence conjugale, passe en revue la politique en matière de violence conjugale, notamment la question de la tolérance zéro et la manière dont la politique aborde la question des récidivistes,

55. Que l'on songe sérieusement à permettre à un haut gradé du Service de police de Winnipeg, qui pourrait être membre du conseil, de devenir coordonnateur des cas de violence conjugale pour le Service (ce qui comprend le centre de communication), et répondre ainsi aux questions de dotation, de formation et de politique liées à la violence conjugale.

Technologie : équipement

56. Que l'on évalue tout le matériel de télécommunications du centre de communication, afin de s'assurer que le centre est doté de ce qu'il y a de mieux sur le marché.

57. Que l'on vérifie auprès de la société Manitoba Telecom Services Inc. s'il est réalisable d'étendre le service d'urgence 911 par l'ajout d'un logiciel de reconnaissance qui répertorie le nombre d'appels provenant d'une adresse en particulier et qui relaie automatiquement cette information à l'écran du téléphoniste du service 911.

58. Que l'on songe en cours d'examen à demander à la MTS s'il est possible de fournir un service 311 qui permet aux personnes qui font des appels non urgents de rejoindre rapidement le service de police du territoire où elles habitent.

59. Que l'on vérifie en cours d'examen si la vérification au moyen de recherches par position et de recherches de noms par ceux qui prennent les appels est réalisable et utile.

60. En raison du caractère permanent de la violence conjugale et du harcèlement, que l'on se penche en cours d'examen sur un système qui rendrait possible la conservation des appels et des transcriptions plus que deux ans.

Technologie : CIPC

61. Que l'on détermine en cours d'examen le niveau de personnel requis par le Bureau of Police Records pour s'assurer que le CIPC est maintenu à jour.

62. Que l'on termine la recherche de copies imprimées d'ordonnances dans le système de classement, pour voir si le système est nécessaire et, le cas échéant, s'il faut le garder.

DOSSIER DU CAS N° 0401/98

Cause du décès : Lésions par écrasement

Nature du décès : Accident

Circonstances : Cet accident mortel s'est produit le 23 février 1998 à la mine Ruttan de Leaf Rapids, dont l'exploitation est assurée par la Hudson Bay Mining and Smelting Co. Limited (HBM&S). Une bonde faite d'un nouveau matériel (Mearlecrete) avait été placée au bout d'une trémie à minerai pour éviter que des pierres ne tombent sur des travailleurs qui nettoyaient un convoyeur. Après avoir effectué leur travail sans incident, les mineurs ont tenté d'enlever la bonde et c'est à ce moment qu'une roche s'est affaissée sur la victime, lui coûtant la vie.

Recommandations judiciaires :

Les recommandations judiciaires concordent avec les recommandations des enquêteurs de la HBM&S et des Métallurgistes Unis d'Amérique (section locale 8144).

1. Que la HBM&S et la mine Ruttan revoient leurs procédures de gestion de projet et se conforment aux normes de l'industrie.

2. Que la HBM&S et la mine Ruttan consultent le comité sur la santé et la sécurité des travailleurs lorsqu'ils modifient les techniques d'exploitation et se préparent à mettre en place une nouvelle technologie minière.

3. Que la HBM&S se conforme aux paragraphes 17(1), 17(4) et 24(1) du règlement n° 228/94 pris en application de la *Loi sur la sécurité et l'hygiène du travail.* L'enquête a révélé que la compagnie n'avait pas avisé le directeur, tel que prévu dans la législation, de la modification ou de l'utilisation, à la mine, de nouvelles méthodes de construction.

4. Que le comité sur la santé et la sécurité des travailleurs examine tout nouveau produit ou application, ainsi que les mises à l'essai de produits et les résultats obtenus avant l'utilisation du produit en question.

5. Que l'on crée un poste de surveillant des projets spéciaux qui assurera la liaison avec le comité sur la santé et la sécurité des travailleurs.

6. Que l'on n'entreprenne pas de travaux sans avoir obtenu toute l'information pertinente au sujet du produit, de la marche à suivre, etc.

7. Que la société et les entrepreneurs sur place indiquent par écrit la façon de procéder aux travaux non habituels, et que ce document soit examiné par le comité sur la santé et la sécurité des travailleurs avant le début des travaux.

8. Que pour tous les projets spéciaux, des renseignements soient fournis sur les qualifications et l'expérience de chaque employé et que ces renseignements soient à la disposition du comité sur la santé et la sécurité des travailleurs.

9. Que l'on maintienne un registre de tous les projets spéciaux, dans lequel on trouverait des explications dûment signées par toutes les parties concernées au sujet de tout changement que l'on compte apporter à une façon de procéder ou à une demande, registre qui serait à la disposition du comité sur la santé et la sécurité des travailleurs.

Nota – La HBM&S avait répondu ou donné suite aux recommandations 1 à 9 au moment de l'enquête.

10. Que les autorités concernées examinent en profondeur comment les enquêtes se font actuellement en se donnant comme objectif d'améliorer l'état actuel des choses. L'enquête dont il est question ici s'est prolongée indûment. Il est également recommandé que l'autorité chargée d'examiner les enquêtes s'attarde aux pratiques et méthodes existantes. L'enquête en cause n'aurait pas dû se prolonger sur sept jours. Les tribunaux civils et criminels de la province ont établi des règles de pratique qui ont grandement amélioré leur efficacité. Ces mêmes règles devraient aussi s'appliquer aux enquêtes tenues dans la province.

DOSSIER DU CAS N° 1153/98

Cause du décès : Hématome sous-dural

Nature du décès : Non déterminée

Circonstances : Le 1er mai 1998, un homme de 65 ans a été retrouvé étendu sur la rue par des inconnus qui l'ont conduit à l'hôpital général de Brandon. Il a quitté l'hôpital avant d'être traité. Il sentait l'alcool et l'on croyait qu'il s'était blessé à la tête. Le Service de police de Brandon l'a retrouvé et ramené à l'hôpital. Il ne pouvait ou ne voulait pas fournir de détails sur la façon dont il s'était blessé à la tête, mais laissait entendre que deux hommes l'avaient assailli. Il a quitté l'hôpital le même jour et la police l'a mis en détention préventive pour manquement aux conditions de probation et parce qu'il était en état d'ébriété. Il a quitté le Centre correctionnel de Brandon (CCB) un peu plus tard cette journée-là. Le 10 mai, il est retourné à l'hôpital parce qu'il avait des maux de tête et des étourdissements. Il était apparemment sain du point de vue neurologique et sous l'influence de l'alcool. On l'a ramené au CCB

afin d'assurer sa sécurité physique, mais il est devenu de plus en plus incohérent et on l'a reconduit à l'hôpital général de Brandon le même matin. On l'a par la suite transféré au Centre des Sciences de la Santé de Winnipeg, où il est mort le 12 mai 1998, à la suite de complications liées à un hématome sous-dural.

Recommandations judiciaires :

1. Que le médecin légiste assume la direction d'une enquête à l'intérieur d'un délai raisonnable après la mort d'une personne (environ six mois), et que cette enquête ait lieu à l'intérieur d'un délai raisonnable après que le médecin légiste en chef eut exigé la tenue d'une enquête (environ six mois).

2. Que les employés du Centre correctionnel de Brandon réveillent les détenus au début, à la fin et au milieu de leur quart.

3. Qu'il y ait des urgentologues dûment formés à l'hôpital général de Brandon.

DOSSIER DES CAS N° 2557/96 ET 2558/96

Cause du décès : Asphyxie

Nature du décès : Accident

Circonstances : Deux travailleurs sont morts asphyxiés après être entrés dans un wagon-citerne. Pour entrer dans ce wagon, il fallait passer par un trou d'homme de 20 pouces de diamètre situé sur le toit du wagon, puis descendre une échelle amovible. Le wagon-citerne avait été rempli d'azote, ce qui fait qu'il ne contenait pratiquement pas d'oxygène. Le premier travailleur était entré dans le wagon pour récupérer un « déversoir » ou tuyau tombé dans le fond du wagon. Après un certain temps, un collègue l'a appelé sans obtenir de réponse. Un deuxième travailleur est entré dans le wagon pour sauver son collègue, mais s'est effondré lui aussi. D'autres travailleurs ont tenté d'aider leurs collègues, mais en vain.

Recommandations judiciaires :

Le juge a conclu que l'accident ne se serait pas produit si l'on avait respecté les politiques en place à ce moment-là. Des améliorations ont été apportées à ces politiques. Le juge a également recommandé ce qui suit :

1. Si cela n'a pas encore été fait, que des inspecteurs de la sécurité et de l'hygiène du travail visitent les installations de CanAmera Foods et procèdent à une inspection de sécurité.

2. Étant donné les questions de compétence soulevées entre les gouvernements fédéral et provincial à la suite de cet accident, que le ministère du Travail de la Province, en maintenant une liaison avec le gouvernement fédéral s'il le faut, dresse la liste des lieux de travail de la province où le respect de la sécurité est de compétence fédérale, ainsi que des lieux où la compétence est mal définie, dans le but de régler toute situation courante analogue à celle de CanAmera Foods. Il faudrait ensuite que les employeurs et les employés concernés sachent clairement de qui relèvent les pratiques de sécurité dans leur lieu de travail (du gouvernement fédéral ou provincial).

3. Que le gouvernement provincial adopte un règlement concernant les accès aux espaces clos. Ce règlement devrait être mis en application à titre de texte réglementaire. Les employeurs et les employés sauraient ainsi clairement quelles sont les exigences à respecter à l'égard des accès aux espaces clos. La définition d'espace clos devrait être claire, pour éviter toute ambiguïté au moment de déterminer si tous les critères ou une partie d'entre eux doivent être respectés. Sous ce rapport, la définition d'espace clos dans la réglementation fédérale pourrait être utile. Il faudrait aussi déterminer clairement si, par exemple, des techniques de récupération des objets devraient être employées dans chaque situation et si plus d'un surveillant est requis près des accès aux espaces clos.

4. Que la Division de la sécurité et de l'hygiène du travail :

   (i) s'efforce d'inspecter fréquemment tous les lieux de travail où il y a des accès aux espaces clos et, si cela n'est pas possible, tente de faire respecter les critères et de fournir des conseils en demandant aux employeurs de soumettre divers documents par écrit (évaluation des risques, procédures relatives aux accès aux espaces clos et contenu des programmes de formation). La Division devrait notamment s'assurer que tous les employeurs ayant des employés travaillant dans des espaces clos respectent les lignes directrices en matière d'accès aux espaces clos, exécutent leurs obligations en vertu de l'article 4, en particulier de l'alinéa 4(2)(a) de la *Loi sur la sécurité et l'hygiène du travail*, fournissent des toximètres, des harnais, des cordes et des appareils de levage, et s'assurent que leurs employés se servent de ce matériel;

   (ii) donne une formation sur les accès aux espaces clos si cela peut se faire;

   (iii) vérifie la praticabilité de créer ou de commander une version moderne « faite au Manitoba » d'une vidéo de formation semblable à « Only Fools Rush In » (produite par la Industrial Training Corporation en 1983 et qu'il est possible de se procurer à la bibliothèque de la Division de la sécurité et de l'hygiène du travail);

   (iv) s'assure que les employeurs font suivre à leurs employés susceptibles d'emprunter des accès aux espaces clos une bonne formation sur les mesures de sécurité à suivre, et qu'ils ont élaboré et mis sur pied un programme de révision et de vérification de la qualité de la formation dispensée;

(v) s'assure que les employeurs ont adopté des mesures d'urgence pour les espaces clos et qu'ils ont formé des employés ou des équipes à cet égard;

(vi) approuve les ordres de suspendre les travaux et, si besoin est, impose une amende en cas d'infraction à la sécurité concernant les accès aux espaces clos;

(vii) distribue les parties pertinentes du présent rapport aux industries et aux groupes d'employés qui pourraient être concernés.

5. Que les ministères provinciaux du Travail et de la Santé aident les fournisseurs de services d'urgence dans les régions rurales à recenser toutes les exploitations industrielles relevant de leurs secteurs géographiques où les opérations de sauvetage pourraient s'avérer particulièrement dangereuses ou difficiles, et à collaborer avec les responsables de ces exploitations à l'établissement des besoins en équipement et de plans de sauvetage.

6. Que l'on endosse les recommandations ci-dessous se trouvant dans le rapport rédigé par le professeur Wally Fox-Decent et le comité de révision établi afin d'améliorer la santé et la sécurité au travail dans la province du Manitoba :

(i) que la Division de la santé et de l'hygiène du travail et la Commission des accidents du travail encouragent la création, par les associations industrielles, les employeurs, les syndicats et les conseillers privés, de programmes de formation sur la santé et la sécurité au travail axés sur l'industrie et respectueux de l'environnement;

(ii) que la Division de la sécurité et de l'hygiène du travail crée des programmes de formation en matière de sécurité et de santé au travail à l'intention des superviseurs;

(iii) que la Division de la sécurité et de l'hygiène du travail forme les formateurs de l'extérieur qui animeront les programmes de formation de la Division quand il y aura une demande suffisante;

(iv) que la Division de la sécurité et de l'hygiène du travail et la Commission des accidents du travail, en collaboration avec d'autres intervenants, créent et publient un registre des programmes de formation sur la sécurité et la santé au travail et des personnes qui les animent.

7. Que le gouvernement prenne les mesures nécessaires pour assurer l'application intégrale de la *Loi visant à accroître la sécurité dans les lieux de travail,* qui vient d'être sanctionnée, ainsi que des modifications à la *Loi sur la sécurité et l'hygiène du travail,* en particulier :

(i) l'employeur doit « veiller à ce que tous ses travailleurs soient surveillés par une personne qui a) est qualifiée en raison de ses connaissances, de sa formation ou de son expérience pour faire en sorte que les travaux soient exécutés de façon sécuritaire, b) connaît bien la *Loi sur la sécurité et l'hygiène du travail* et les règlements qui s'appliquent aux travaux exécutés dans le lieu de travail »;

(ii) chaque employeur doit « fournir à ses travailleurs des renseignements, des directives et une formation afin de protéger, dans la mesure du possible, leur sécurité et leur santé avant qu'ils commencent à exécuter une tâche dans un lieu de travail »;

(iii) un programme de sécurité et de santé au travail doit : « b) indiquer les dangers qui menacent et pourraient menacer les travailleurs dans le lieu de travail et les mesures qui seront prises afin que ces dangers soient atténués éliminés ou prévenus, y compris les mesures à prendre en cas d'urgence; c) indiquer les ressources internes et externes, y compris le personnel et l'équipement, permettant de répondre aux situations d'urgence qui se présentent dans le lieu de travail; (...) k) prévoir le mode d'examen et de révision qui lui est applicable, lequel examen et laquelle révision doivent avoir lieu au moins une fois tous les trois ans ou plus fréquemment si la situation qui existe dans le lieu de travail change de telle manière qu'elle compromet la sécurité ou la santé des travailleurs qui s'y trouvent »;

(iv) l'employeur doit « concevoir le programme de sécurité et de santé au travail en collaboration avec le comité constitué à l'égard du lieu de travail »;

(v) « le programme peut être examiné, sur demande (...), d) par un agent de sécurité et d'hygiène ».

Recommandations aux services d'urgence d'Altona

8. Que l'on songe à équiper l'ambulance de première intervention d'un appareil respiratoire autonome ou d'un autre appareil d'alimentation d'air.

9. Que les services d'urgence d'Altona et d'autres villes disposant de services d'urgence similaires se réunissent avec les industries locales pour coordonner des plans de sauvetage. Les services d'urgence devraient savoir où sont les lieux de travail, les espaces clos et les dangers de chaque industrie. L'utilisation du matériel devrait être aussi coordonnée de façon à ce que si le personnel des services d'urgence doit utiliser le matériel de l'industrie, ce matériel sera bien entretenu et le personnel des services d'urgence aura suivi une formation sur son fonctionnement. La Province, qui détient un pouvoir de réglementation, assure la formation des ambulanciers et définit le type de matériel et d'ambulances requis, peut aussi jouer un rôle dans la mise en œuvre de ces recommandations.

10. Que le Bureau du commissaire aux incendies continue de proposer une formation sur les accès aux espaces clos, du moins jusqu'à ce que la Division de la sécurité et de l'hygiène du travail assure ce genre de formation.

DOSSIER DU CAS N° 1839/99

Cause du décès : Hémorragie sous-durale

Nature du décès : Accident

Circonstances : Au début de l'après-midi du 19 janvier 1999, un homme de 82 ans qui marchait dans une aire de stationnement a glissé sur la glace et s'est mordu juste en dessous de la lèvre inférieure en tombant. Il a pu retourner à son domicile où son épouse a tenté en vain d'arrêter l'hémorragie. Environ deux heures plus tard (15 h 47), sa fille l'a amené à l'hôpital général Grace, où on l'a soigné et libéré le même jour (18 h 45). On a ramené l'homme à l'hôpital général Grace à 22 h 55 parce qu'il se plaignait de graves maux de tête et d'étourdissement. Un tomodensitomètre a révélé un hématome sous-dural. La scanographie a été transportée par taxi au Centre des Sciences de la Santé, où un neurochirurgien n'a pas recommandé de chirurgie immédiate. Sa condition a continué de se détériorer à un point tel qu'une intervention chirurgicale n'était plus possible le matin suivant. Il est décédé le 21 janvier 1999, à 8 h 51.

Recommandations judiciaires :

1. Que le service de neurochirurgie du Centre des Sciences de la Santé (HSC), avec l'aide administrative et financière de l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW), examine la documentation et les pratiques des autres administrations canadiennes pour savoir s'il existe des critères relatifs au transfert de patients ayant des lésions intracrâniennes traumatiques détectables au tomodensitomètre d'un hôpital se trouvant en périphérie d'un hôpital de soins tertiaires offrant des services de neurochirurgie.

2. Que les membres du service de neurochirurgie du HSC déterminent collectivement s'ils tenteront d'établir des normes en ce sens pour le service. Si c'est le cas, ils devront consulter les services et les programmes touchés, comme les programmes de chirurgie et d'urgence de l'ORSW, avant de décider de la nature des normes et de la façon de les faire respecter.

3. Que l'ORSW établisse des lignes directrices, un protocole ou un plan de soins pour assurer la surveillance des patients ayant des lésions intracrâniennes traumatiques dans les établissements autres que le service de neurochirurgie du HSC. Ce faisant, l'ORSW devrait non seulement se tourner vers le service de neurochirurgie et ses propres programmes médicaux, mais aussi vers les hôpitaux en périphérie qui veilleront ultimement à la mise en œuvre de ce genre de protocole.

4. Que l'ORSW identifie ou nomme une personne ou une entité qui agirait comme animateur ou coordonnateur pour s'assurer que toutes les questions de gestion

médicale soulevées par le personnel médical dans les divers hôpitaux à la suite d'interaction entre les établissements et les programmes de l'ORSW sont abordées de façon appropriée et à point nommé.

5. Que l'ORSW adopte une politique exigeant de tous les médecins résidents qui fournissent des services de consultation spécialisés au téléphone pour des patients en dehors de leur établissement de faire un compte rendu de ces consultations, peut-être en dictant une courte note au moyen du service de transcription téléphonique de l'hôpital, qui sera gardée dans leur dossier de consultation.

6. Que tous les hôpitaux du Manitoba en général et l'hôpital général Grace en particulier s'assurent d'avoir mis en place un mécanisme approprié permettant de vérifier que tous les décès survenus dans leurs murs ont bel et bien été rapportés à un médecin légiste conformément aux dispositions de la *Loi sur les enquêtes médico-légales.* Les résultats de ces vérifications de conformité devraient être remis au médecin légiste en chef avant le 1er juillet 2002.

DOSSIER DU CAS NO 1058/01

Cause du décès : Blessures multiples

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Le 26 avril 2001, un patient de 21 ans en placement non volontaire au Centre de Santé Mentale Eden de Winkler, Manitoba a obtenu une permission de sortir pour aller voir ses parents. À son retour au centre, il a pris la bicyclette d'un autre patient qui se trouvait près de la porte d'entrée et a quitté les lieux. Son corps a été retrouvé peu après au pied du réservoir de la station de traitement d'eau de la ville.

Recommandations judiciaires :

1. Si, au cours de l'examen médical d'un patient hospitalisé, le médecin traitant découvre ou apprend que ce patient a des idées suicidaires, il doit en informer aussitôt son médecin. Il ne devrait pas y avoir de délai de communication et si le médecin traitant n'arrive pas à rejoindre immédiatement le médecin du patient, l'infirmière traitante devrait s'en charger. La communication avec ce médecin devrait idéalement se faire par téléavertisseur ou par un appel téléphonique d'urgence. Une priorité absolue doit être accordée à la rédaction du dossier de l'examen médical et à sa remise au médecin du patient, et le personnel devrait en être informé.

2. Si un centre de santé mentale veut maintenir une politique d'ouverture et ne tient pas à se munir d'une sonnerie permettant de verrouiller et de déverrouiller

automatiquement la porte principale, tous les patients en placement non volontaire qui disent ou semblent avoir des idées suicidaires devraient être tenus de porter en tout temps un bracelet de repérage quand ils sont dans l'établissement. Bien qu'il soit possible que le patient arrive à enlever son bracelet en y mettant un peu d'effort, ce bracelet permet tout de même de s'assurer qu'il ne quittera pas l'établissement tant qu'il le portera.

3. Le personnel doit être constamment mis à jour des procédures relatives à la fouille des patients hospitalisés et bien comprendre qu'il n'y a aucune exception aux règles prescrites. De plus, pour assurer le respect de ces procédures, un employé doit en tout temps être présent pour accueillir les patients qui retournent dans l'établissement et procéder à leur fouille. S'il y a une réunion du personnel lorsqu'un patient est à l'extérieur de l'établissement, il faudrait s'arranger pour s'assurer que la personne qui accueille le patient est à son poste et peut procéder à sa fouille.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE*

Année	Garçons	Filles	Total
1993	18	12	30
1994**	36	32	68
1995**	27	21	48
1996	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002***	24	22	46
Total	**306**	**238**	**544**

* Un « enfant pris en charge » est défini aux alinéas 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne concernent **PAS** uniquement les enfants placés en famille d'accueil ou en foyers alternatifs.

** Les cas de mortinatalité étaient rapportés en 1994 et 1995. Depuis le mois de mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquêtes.

***Le paragraphe 10(1) a été modifié de façon à ce qu'un rapport ne soit requis que si l'enfant décédé, le parent ou le tuteur a obtenu des services d'un office des services à l'enfant et à la famille dans l'année précédant le décès.

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* stipule ce qui suit :

> S'il reçoit un rapport d'enquête concernant le décès d'un enfant qui, au moment de son décès ou au cours de l'année précédant ce moment :
>
> a) soit avait été confié à un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille;*
>
> (b) soit avait un parent ou un tuteur recevant d'un office des services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille;*
>
> le médecin légiste en chef évalue la qualité ou le niveau des soins et des services offerts par l'office :
>
> (c) en examinant les dossiers de l'office relatifs à l'enfant et au parent ou tuteur;
>
> (d) en évaluant les mesures prises par l'office concernant l'enfant et le parent ou tuteur.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'organismes, ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

Recommandations du MLC au ministre des Services à l'enfant et à la famille en 2002

Outre les 47 rapports (concernant 47 enfants) pour lesquels le médecin légiste en chef a fait 124 recommandations concernant les services proposés, les services fournis à 26 autres enfants ont fait l'objet d'un examen (pour un total de 26 rapports). Pour ces 26 cas, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les offices en cause.

Les recommandations ci-dessous tirées de 47 rapports ont été regroupées en catégories.

	Nbre	Total
Bureau du MLC		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis au Bureau du médecin légiste en chef.)		
Qu'on fournisse au Bureau du médecin légiste en chef les dossiers requis et que ces dossiers soient remis à Winnipeg.	7	
		7
Gestion des dossiers des offices		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis par un office en général.)		
Que les services fournis aux familles par un office s'appuient sur des évaluations des besoins et un examen des faits connus par l'office.	1	
Qu'un office revoit sa pratique consistant à envoyer des lettres clarifiant sa position à ses clients reconnus comme illettrés.	1	
Qu'un office évite d'embaucher comme employés de soutien des membres de la collectivité qui font l'objet d'un dossier encore ouvert.	1	
Qu'un office fasse un résumé à l'ouverture et à la fermeture de chaque dossier, ainsi que des dossiers en cours.	1	
Qu'un office s'assure que tous les contacts associés à un cas sont inscrits au dossier.	4	
Que l'on respecte les normes des programmes provinciaux des Services à l'enfant et à la famille (SEF) ayant trait à l'inscription des cas, à la planification relative aux cas et à la gestion des cas, comme maintenir l'information à jour et joindre au dossier l'information relative aux actions en justice.	3	
Quand un office apprend qu'un conjoint ayant la garde reprend avec un conjoint violent, qu'il poursuive sa participation afin d'assurer la sécurité des enfants.	1	
Qu'un office s'assure que les décisions de fermer un dossier ont été supervisées. Si des préoccupations liées à la protection des enfants d'une famille qui déménage à l'extérieur du secteur qu'il dessert subsistent encore, que l'office l'oriente vers l'office autorisé approprié.	1	
Qu'un office inscrive les résultats de ses plans de traitement lorsqu'il ferme un dossier, ce qui comprend l'opinion des organismes concernés ou des praticiens d'exercice privé.	1	
Qu'un office revoit sa politique concernant la fermeture des dossiers afin de s'assurer que les dossiers ne sont pas fermés avant la fin de la prestation des services.	1	

Qu'un office offre un service d'intervention d'urgence auprès des adolescents du secteur qu'il dessert.	1
Qu'un office s'assure que ses employés qui fournissent des services à des personnes qui connaissent mal les deux langues officielles leur demandent de s'identifier.	1
Qu'un office se penche sur la possibilité d'acheter une maison à Winnipeg qui servirait de lieu de rencontre entre parents et enfants (à la place d'hôtels).	1
Qu'un office détermine si un délinquant sexuel vit avec sa mère, qui est aussi parent adoptif, et qu'il partage cette information avec un autre office.	1
Qu'un office termine ses évaluations de familles à qui il fournit des services.	1
Qu'un office élabore un nouveau plan d'intervention lorsqu'il devient évident qu'il n'y a pas eu de changement notable au sein d'une famille.	1
Qu'un office donne suite aux préoccupations exprimées dans la collectivité au sujet de problèmes au sein d'une famille.	1
Qu'un office procède à l'inscription des dossiers et aux transferts de cas conformément aux normes des programmes.	1
Qu'un office s'assure que les décisions des comités locaux n'ont pas préséance sur la responsabilité qui lui incombe en matière de protection de l'enfant.	2
Si une famille ayant des antécédents d'abus de solvant déménage, qu'un office la dirige vers l'office autorisé approprié.	1
Qu'un office se conforme aux normes provinciales pour toutes les questions relatives à la protection des enfants.	1
Qu'un office fournisse des services aux mineurs accusés de certaines infractions criminelles.	1
Qu'un office s'assure que lorsque des services ont été fournis à un enfant ou à une famille, un dossier est ouvert et maintenu conformément aux normes des programmes de la Province.	1
Qu'un office mette fin aux services et ferme les dossiers de la manière prescrite dans les normes des programmes.	2
	31

Personnel des offices

Que le personnel d'un office reçoive une formation lui permettant de fournir des services répondant aux normes des programmes.	1
Qu'un office s'assure que ses employés et les familles d'accueil sont dignes de confiance.	1
Que la prestation de services de santé mentale par un office, y compris la formation du personnel, soit évaluée par un professionnel de la santé mentale.	1
Qu'un office revoit ses pratiques d'embauche afin de s'assurer de l'embauche d'employés qualifiés pour un type de service en particulier.	1
	4

Mesures prises par les offices dans les cas de mauvais traitements et de négligence

(Ces recommandations font référence tant à des cas particuliers qu'aux méthodes des offices en général.)

Qu'une enquête sur les mauvais traitements soit effectuée dans un cas particulier.	1
Que les cas où un risque de violence ou de négligence élevé a été établi soient transférés et assignés à un employé sans délai.	1
Que l'on procède à une évaluation judiciaire du risque de récidive d'un parent ainsi qu'à une évaluation de la famille.	1
Qu'un office fasse preuve de prudence en utilisant les services d'interprètes dans les cas de violence familiale et que, dans la mesure du possible, ce soient des interprètes de sexe féminin ainsi que des travailleuses sociales qui s'occupent des femmes provenant de sociétés où le droit à l'égalité des femmes n'est pas reconnu.	1
Qu'un office revoit sa façon de procéder aux enquêtes sur des mauvais traitements afin de s'assurer que l'examen des divulgations se fait en bonne et due forme.	1
Qu'un office procède à une évaluation du risque associé à une famille en particulier.	1
Qu'un office s'assure que la conduite des enquêtes n'est pas reléguée derrière d'autres sources d'inquiétude.	1
Qu'un office s'assure que les enquêtes menées par d'autres unités que celle affectée aux cas de violence respectent des normes uniformes conformes aux procédures établies.	1
Que le comité des enfants maltraités d'un office examine un cas de violence physique.	1
Qu'un office procède à une évaluation d'un parent et qu'il se penche sur la violence physique commise par ce parent avant de lui remettre ses enfants.	1
Que le traitement des cas respecte les normes des programmes en prêtant une attention particulière à la surveillance et aux enregistrements correspondants. Les antécédents familiaux, une évaluation et un plan sont requis.	1
Que toutes les enquêtes sur les cas de violence effectuées par un office soient clairement documentées.	1
Qu'un incident de violence soit transmis au comité des enfants maltraités d'un office à la fin d'un procès criminel.	1
Qu'un office donne l'alerte dans le système d'information des Services à l'enfant et à la famille à propos d'un individu.	1
Que les préoccupations au sujet d'une ancienne famille d'accueil soient soumises au comité des enfants maltraités d'un office pendant l'étude d'une demande d'inscription au registre des cas d'enfants maltraités.	1
Qu'un incident impliquant l'agression sexuelle d'un enfant soit examiné par le comité des enfants maltraités d'un office pendant l'étude d'une demande d'inscription du délinquant présumé au registre des cas d'enfants maltraités.	5
Qu'un office cherche à déterminer si un proche a agressé sexuellement un enfant.	1
Qu'un office surveille les enfants d'un foyer où l'on sait qu'il y a abus de solvant.	1
Qu'un office détermine si un enfant décédé a été agressé sexuellement par le passé et prenne les mesures nécessaires à l'endroit du délinquant présumé.	1

Qu'un office rende compte aux Services de protection des enfants (SPE) des difficultés qu'il connaît avec une famille d'accueil d'une autre province et que l'organisme gouvernemental concerné dans cette province soit informé de ces difficultés.	1
	24

Mesures prises par les offices dans des cas particuliers

(Ces recommandations ont trait aux mesures que prennent les offices à l'égard de certaines familles et de certains enfants.)

Qu'un office procède à une évaluation détaillée de la situation d'une famille, conformément à l'article 17 de la Loi sur les SEF.	3
Qu'un office se penche sur la conduite d'un individu avec les frères et sœurs d'un enfant décédé.	1
Qu'un office entre les inscriptions relatives à un cas dans le système d'information des Services à l'enfant et à la famille, y compris les détails d'une enquête en cours.	1
Qu'un office remplisse une évaluation de la sécurité de membres d'une famille en particulier et de toute personne fournissant des services de garde et un soutien à une famille.	1
Qu'un office adopte sans délai sa propre recommandation à l'endroit d'une famille.	1
Que la situation actuelle d'un enfant ou d'enfants en particulier soit évaluée.	5
Qu'un office mette à jour les données sur les familles dans le système d'information des Services à l'enfant et à la famille.	1
Qu'un office s'assure que les survivants d'une famille suivent le traitement répondant aux préoccupations qu'il a soulevées et qu'il oriente la famille vers les services appropriés si elle quitte la localité.	1
Que l'on se renseigne davantage au sujet d'un conflit entre deux familles.	1
Qu'un office s'attarde au cas d'un parent s'il cherche à obtenir la garde d'un enfant et que des mesures soient prises afin de déterminer s'il a suivi un traitement et ce qu'il en est ressorti.	1
Qu'un office tienne un dossier sur une famille conformément aux normes des programmes.	1
Qu'un office procède à une évaluation familiale en mettant l'accent sur le bien-être d'un parent.	2
Que l'on vérifie si un enfant souffre du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool.	1
Que la politique d'un office concernant la réouverture de dossiers récemment fermés par un employé soit révisée avec un superviseur.	1
Qu'un office formule un plan pour assurer la protection à long terme des enfants survivants.	1
Qu'un office rédige un rapport sur les antécédents familiaux et la situation actuelle afin de déterminer si la famille de l'enfant décédé a besoin d'autres services.	1
Qu'un office fournisse des services thérapeutiques à une famille dont plusieurs enfants se sont suicidés et dont un autre a fait une tentative de suicide.	1

Que l'on procède à une évaluation parent-enfant afin de déterminer si des enfants doivent être confiés à la garde d'un parent. 2

26

Enfants pris en charge

(Ces recommandations sont propres aux services fournis par les offices aux enfants en famille d'accueil.)

Que des enfants ne quittent une famille d'accueil qu'une fois réglées les sources d'inquiétude connues relativement à la protection des enfants, en tenant compte des rapports d'admission, de mauvais traitements et d'autres travailleurs spécialisés, et après observation de la famille par l'employé ayant fermé le dossier. 3

Que des enfants reçoivent les services de santé mentale recommandés par les professionnels de la santé mentale consultés par l'office et que les décisions de passer outre à ces recommandations ne soient prises qu'après l'obtention d'un autre avis. 1

Que les professionnels de la santé qui soignent les enfants confiés à un office reçoivent tous les documents pertinents que l'office possède. 1

Que des adolescents confiés à un office reçoivent de l'information sur le contrôle des naissances. 1

Qu'un office s'occupant d'une famille s'assure que les dossiers relatifs à un enfant pris en charge sont tenus conformément aux normes des programmes. 3

Que des offices s'assurent que des organismes professionnels de counselling déposent des rapports écrits au sujet des services thérapeutiques offerts à des enfants pris en charge. 1

Qu'un office obtienne des renseignements précis sur la façon dont des parents de famille d'accueil perçoivent les mesures disciplinaires physiques ainsi que sur leur consommation d'alcool et d'autres produits intoxicants. 1

Qu'un office termine ses examens de famille d'accueil à point nommé. 1

Que deux offices procèdent à des examens approfondis en vue du placement d'un enfant en particulier. 1

Que les compétences parentales d'un proche qui assure la garde soient évaluées. 1

Qu'un office ne prenne pas comme parents d'une famille d'accueil des individus reconnus coupables de crimes (p. ex., voies de fait) incompatibles avec la prestation de services de placement familial de qualité tant qu'ils n'auront pas obtenu de pardon. 1

Qu'un office s'assure du respect des normes des programmes concernant la délivrance de licences aux familles d'accueil. 1

16

Services de soutien provinciaux aux offices

(Ces recommandations suggèrent que des modifications soient apportées aux politiques provinciales.)

Que les SPE assurent une formation concernant les dangers auxquels s'exposent les femmes et les filles dont les droits à l'égalité ne sont pas reconnus dans leur culture. 1

Que les SPE adoptent une politique concernant l'identification appropriée de personnes qui ne maîtrisent pas les deux langues officielles. 1

Que les SPE examinent les placements spécialisés afin de déterminer quelles formes de soutien sont offerts aux enfants qui éprouvent certains grands besoins. 1

3

Mesures provinciales recommandées à l'égard des offices

(Ces recommandations portent sur des mesures provinciales concernant certains offices en particulier.)

Que les SPE s'assurent qu'un office desservant une famille procède à une évaluation en profondeur du fonctionnement de cette famille et en fait état dans le plan d'intervention. 1

Que les SPE examinent la façon dont un office s'est comporté avec une famille. 1

Que les SPE examinent la prestation de services de santé mentale à des enfants, en particulier à des enfants membres d'une Première nation. 1

3

Adolescentes enceintes et parents mineurs

(Ces recommandations ont trait aux services offerts aux parents qui sont mineurs.)

Qu'un office s'assure que l'on procède au signalement d'une naissance quand les parents sont de passage et n'ont pas accès à un soutien postnatal. 1

Qu'un office fournisse aux adolescents qui sont parents les services décrits dans la partie II de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. 1

2

Mesures inter-offices

(Ces recommandations ont trait aux mesures prises par deux offices ou plus.)

Qu'un office s'adresse à d'autres offices au nom de familles qui se relogent et ont besoin de services. 1

Qu'un office rouvre son dossier concernant une famille et fournisse des services conjointement avec un autre office autorisé. 1

Que deux offices travaillant en permanence auprès d'une famille partagent leurs renseignements pour s'assurer que les dossiers sont exacts et complets. 1

Qu'un office fasse état à un autre office de sa décision de ne pas faire appel à une famille d'accueil et fournisse les motifs de cette décision. 1

4

Contacts des offices et mesures concernant les services parallèles

(Ces recommandations ont trait aux interactions avec d'autres fournisseurs de services.)

Qu'un office convoque une réunion destinée aux personnes qui « aident » une famille et élabore un plan visant à surveiller et à soutenir les membres de la famille. 1

Qu'un office s'assure qu'un office non autorisé rend compte régulièrement des services fournis à la famille d'un enfant décédé. 1

		2
Mesures provinciales concernant les services		
(Ces recommandations suggèrent que des changements soient apportés aux organismes de protection de la jeunesse.)		
Que les SPE établissent des critères relatifs à la prestation de services aux familles ayant besoin d'aide à la suite de naissances multiples.	1	
Que les SPE exigent des offices qu'ils répondent aux demandes de services à la suite de naissances multiples dans les 24 heures.	1	
		2
Total		**124**

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires du présent rapport, adressez-vous au :

Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Manitoba) R3C 4C6

Tél. : 204-945-2088
Téléc. : 204-945-2442